



RAD. 2025-00061-00 - TRASLADO DE EXCEPCIONES Y JURAMENTO ESTIMATORIO

Desde Juan Felipe Huertas Velez <felipehuertas.velez@outlook.com>

Fecha Mié 28/05/2025 17:01

Para Juzgado 04 Civil Circuito - Tolima - Ibagué <j04ccctoiba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivo adjunto (8 MB)

TRASLADO DE EXCEPCIONES Y JURAMENTO ESTIMATORIO.pdf;

No suele recibir correo electrónico de felipehuertas.velez@outlook.com. [Por qué es esto importante](#)

Señor:

**JUEZ CUARTA CIVIL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ – TOLIMA
E. S. D.**

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO VERBAL DE EDUARDO RODRÍGUEZ ARGUELLO vs BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. – BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA"

RADICADO: 73001-31-03-004-2025-00061-00

Respetados señores:

En mi calidad de apoderado judicial de la parte actora dentro del proceso de la referencia, concurro a su honorable para descorrer traslado de la contestación de demanda ejercida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del termino legal consagrado en el artículo 370 del Código General del Proceso y de la objeción presentada al juramento estimatorio.

**JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ
C.C. No. 1.006.129.407 de Ibagué - Tolima
T.P. No. 420.018 del C.S.J.**

JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ
ABOGADO
CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
[Cel: 3245659165](tel:3245659165)

Señor:
JUEZ CUARTA CIVIL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ – TOLIMA
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO VERBAL DE EDUARDO RODRÍGUEZ ARGUELLO vs BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. – BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA"

RADICADO: 73001-31-03-004-2025-00061-00

Respetados señores:

En mi calidad de apoderado judicial de la parte actora dentro del proceso de la referencia, concuro a su honorable para descorrer traslado de la contestación de demanda ejercida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del termino legal consagrado en el artículo 370 del Código General del Proceso y de la objeción presentada al juramento estimatorio.

I. FRENTE A LAS EXCEPCIONES DE MERITO:

1.1. A LA DENOMINADAS:

- **NULIDAD DE LA SEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA**
- **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL**
- **- LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO"**
- **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA, A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARACIÓN DE RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:**

El apoderado judicial de la parte **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, alega con vehemencia que el las Pólizas de Vida Deudor No. 02 261 0000021275 - 02 221 0000106452 - 02 121 0000023524 - 02 205 0001912925 y Certificados No. 00130158674017772825 - 00130362724000964892 - 00130362714001006040 - 00130362764001084708, celebradas entre **LIZZ GALIDIA RODRÍGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)**, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 28.758.002 y **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, son nulas relativamente al haberse configurado la reticencia o inexactitud al momento de la declaración del riesgo y por lo tanto ha de aplicarse el artículo 1058 del Código de Comercio.

De otra línea argumenta que este tipo de sanción conllevó a una manifestación de voluntad con error de la aseguradora, la cual no esta obligada por orden legal a ejercer exámenes médicos, ni mucho menos para acarrear la sanción acá prevista probar la male fe.

En *prima facie*, respetada señora Juez, en el mundo de los seguros de vida y más en especial el de grupo de vida de deudores, las Aseguradoras ejercen un *modus operandi* de las para el no cumplimiento y pago de los amparos cubierto por las Pólizas de Seguro hasta el punto que no exista una Sentencia condenatoria, salvo en excepciones que la cuantía de este sean muy exiguo y los gastos de representación sean mucho más onerosos, ahí si imparten su cancelación.

Aquellos postulados ejercidos se realiza bajo el argumento a la **reticencia** en los contratos de seguros de vida, contemplados bajo el marco de la *uberrima bona fidei* incumbe a las partes, es decir, asegurador, tomador y asegurado a tener unas cargas obligacionales para determinar el verdadero estado del riesgo y que en suma si al momento de materializarse el siniestro y el asegurador rechaza el amparo por reticencia tenga la carga de prueba de demostrar las exigencias que tanto el ordenamiento jurídico como la jurisprudencial ha enmarcado para su declaración.

Desde esta perspectiva, es de establecer que la reticencia y/o inexactitud es una figura jurídica – contractual, que consiste en el que tomador del seguro, beneficiario o asegurado no declare el verdadero estado del riesgo, **el cual, deberá ser indagado proactivamente en los seguros de vida por parte del Asegurador.** Es decir, es aquella declaración sobre el estado de riesgo que no concuerda con la realidad lo que genera que la entidad aseguradora incurra en error al momento de expresar su consentimiento para obligarse, y expida una cobertura que no corresponde con la verdadera condición del tomador previa averiguación en su ejercicio profesional en el ramo.

Información Confidencial © BMV Abogados 2020



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ

ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
[Cel: 3245659165](tel:3245659165)

Sin embargo, frente a la existencia de una reticencia o inexactitudes en la declaración del riesgo de tomador o asegurado, la solución no es la nulidad relativa del contrato de ipso facto, pues necesariamente no se impone, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo, así lo dispuso el legislador en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio. En otras palabras, la Aseguradora acepta celebrar sin dificultades el acto aseguratorio y existiendo el vicio por su misma actitud se ha allanado absolver, ora de forma expresa o tácitamente.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil en Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146, repetido en casación reiteradas veces y ahora en sede de tutela STC1409-2021¹, qué:

*"...no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar el intento del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento"*² (Negritas apropiado)

De tal precisión, se ha manejado que la nulidad relativa del seguro es de carácter excepcional y no regla general al existir reticencia o inexactitud, de lo cual, deberá consignarse cierto requisitos y elementos para su estructuración y estudio, los cuales la jurisprudencia los ha enmarcado en los siguientes:

(i) **La buena fe**, mediante doctrina probable y que cubija también a la aseguradora a ser un principio bilateral "*uberrima bona fe*", le corresponde al tomador del seguro declarar de forma fidedigna el estado del seguro, pero con atención que el asegurador tenga **pesquisas o una acción proactiva para la determinación de las condiciones en que va celebrar Póliza de seguro**. La buena fe es una presunción legal, el cual le corresponde al asegurador proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida.

(ii) **La mala fe del asegurado y/o tomador**: esto conduce a que el asegurador probar como se dijo anteriormente que, el tomador incurrió en mala fe para la obtención y provecho del contrato y así que a través de los medios probatorios que consignó la aseguradora, se infiere que hubiese podido retrotraer el contrato o hacerlo en condiciones más onerosa, es decir, no con la simple manifestación de que existe un reticencia y que por lo tanto no hubiese contraído el seguro, sino que a través de los medios de convicción hubiese sabido el hecho no impedirían la Póliza o si, pero modificando las condiciones económicas del mismo. Es por ello, que no hay cabida cuando solo la Aseguradora aduce es que "*me hubiera retrotraído*" o "*lo hubiese hecho más oneroso*", sino que a través de elementos probatorios que determinen que en casos similares no tengas expresas de las coberturas dadas o de hacerlas exista una tarifa superior a la consagrada en la prima del seguro.

(iii) **La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro**; siendo necesario demostrar esa relación consecuencia de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro.

(iv) El deber y la posibilidad de ejercer exámenes médicos en el seguro de vida, pues resulta, un derecho fundamental del asegurado y es así como lo emana la Corte Constitucional **en sentencia T-832 del año 2010**.³

(v) El Juez deberá hacer un criterio *pro consumatore* que consiste en "*el Derecho de Consumo será siempre interpretado de la forma más favorable para el consumidor debiendo ser objeto de interpretación estricta las excepciones a dichas normas*."

Requisitos su señoría que han sido constante en la línea jurisprudencial Civil y Constitucional frente a la figura jurídica de reticencia o inexactitudes al negocio jurídico de seguros de vida, las cuales no puede apartarse el ente Asegurador y es deber del suscrito apoderado judicial de hacer una línea jurisprudencia que ha regulado este tipo de actos jurídicos y su relación con la reticencia reclamadas por las aseguradoras, que se tienen:

En Sentencia T-832/2010, la Corte Constitucional, predicó:

*"De las pruebas allegadas al expediente, se deduce que simultáneamente a la adquisición del crédito, **la actora llenó el formulario para ingresar a la póliza como asegurada, con el fin de garantizarle a la entidad bancaria que en caso de muerte o como efectivamente ocurrió, por incapacidad total y permanente**. Colseguros S. A. se hace cargo del saldo insoluto de la deuda que registre en la respectiva fecha de la ocurrencia del siniestro.*

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. 2021. Sentencia STC1409-2021 del 23 de abril de 2021. Radicación No. 11001-02-03-000-2021-00824-00.

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. 2001. Sentencia del 2 de agosto de 2001. Expediente 06146.

³ Corte Constitucional. 2010. Sentencia T-832 de 2010 del 19 de octubre de 2010. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ

ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
 Cel: 3245659165

Igualmente, no se observa que Colseguros S. A. haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que la accionante como asegurada allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato que son responsabilidad de la compañía establecer.

6.6. La Sala estima necesario reiterar lo expuesto en la sentencia T-490 de 2009, ya mencionada, en cuanto a que, **la autonomía contractual que rige las actividades económicas, no es absoluta, por lo cual debe desarrollarse en el respeto y dentro de los límites de los principios y valores constitucionales. Así, desconocerlos "supone la inobservancia del marco legal en el que las referidas condiciones contractuales pueden hacerse efectivas y trae como consecuencia privilegiar en su aplicación tales acuerdos de voluntades frente a los principios constitucionales, aún a costa de las garantías y respeto de los derechos fundamentales que puedan verse comprometidos. Esa situación a la luz de la Constitución resulta impropia, ya que el Estado debe proteger los derechos básicos de los individuos que conforman su conglomerado social"**.

6.7. **En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Marqoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores.**

6.8. Ahora bien, la accionante en la demandada planteó la conculcación de los derechos a la igualdad y de petición. Frente a esa pretensión la Sala considera que no fueron lesionados, en la medida en que no se allegó prueba de que el Banco Agrario de Colombia y Colseguros S. A. hayan tenido un trato diferente con otra persona en la misma situación de la señora Turriago Rojas. En cuanto a las peticiones radicadas en el establecimiento bancario, se comprobó que fueron contestadas." (Subrayado y negrilla propio)

En Sentencia T-430/2015⁴, recordó las subreglas para el mercado asegurativo, estableciendo:

"De acuerdo a lo anterior, es imperativo que la entidad, independientemente del servicio que preste, realice un examen médico que busca (i) detectar los padecimientos de salud que constituyan preexistencias; (ii) determinar su exclusión expresa de la cobertura del contrato; v, (iii) permitir que el usuario decida si bajo estas condiciones, es decir, la exclusión de las preexistencias del contrato persiste su intención de celebrar el convenio.

"Sobre este deber en cabeza de las entidades aseguradoras, la Corte refirió las siguientes reglas: (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro v, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato" (Subrayado y negrilla propio)

Asimismo, en la sentencia que *ut supra* pregon a la renuencia de las aseguradoras al pago de riesgos amparados en contratos de seguros de vida amplió su interpretación **proconsumatore**. Las accionadas se sustrajeron al pago argumentado reticencia en las declaraciones de asegurabilidad al omitir expresar el padecimiento de enfermedades, preexistentes u otras causales, compendiando su doctrina así:

"En cuanto a las decisiones judiciales mencionadas, es posible llegar a un conjunto de conclusiones respecto a la figura de la reticencia y al principio de buena fe en el marco de los contratos de seguros de vida. Así pues, se tiene que: (i) la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador; (ii) debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellas, (iii) deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro; asimismo, (iv) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; (v) las aseguradoras no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes" (Subrayado y negrilla propio)

Así, para resolver este tipo de casos dónde se observa que la aseguradora solicita la reticencia, la homologa Constitucional indica que debe tenerse en Sentencia C-393/2015⁵, que:

⁴ Corte Constitucional. 2015. Sentencia T-430 de 2015 del 23 de junio de 2015. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

⁵ Corte Constitucional. 2015. Sentencia C-393 de 2015 del 29 de julio de 2015. M.P. María Victoria Calle Correa.



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ

ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
 Cel: 3245659165

*"la Sala concluye que cuando existe un conflicto entre un sujeto de especial protección constitucional que carece de recursos económicos para subsistir y una aseguradora, relacionado con el no pago de una póliza de seguro porque en criterio de ésta, aquél incurrió en reticencia al no brindar la información real de su estado de salud al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y posteriormente la enfermedad omitida conllevó la pérdida de capacidad laboral del asegurado por invalidez superior al 50%, se debe resolver aplicando las siguientes reglas: (i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; (ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; (iii) **en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silenciosa con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso (iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.**"* (Subrayado y negrilla propio)

En sentencia T-027/2019, pregona la Corte constitucional en que los aseguradores tienen la carga al momento de incurrir en la solicitud de la reticencia:

«(...) La carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella. «El deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

*«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 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 (o asegurado). **Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud -en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales-; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurados**»* (Subrayado y negrilla propio)

Por su parte la Corte Suprema de Justicia en Sentencia STL4077-2022⁶, indicó que:

Se ha dicho igualmente, que, por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, pueda catalogarse de faltar a la verdad, va que, en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente, para que, se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos condiciones plasmadas en el escrito, por lo que, siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.

(...)Por el contrario, lo que se observa, como se dijo, es que simplemente obra en el formulario con una relación de posibles enfermedades graves y generales que puede sufrir cualquier persona; pero lo que es más grave, es que, para el sentenciador, eso no tiene importancia, ya que, según su criterio, el asegurado es quien está en la obligación de especificar cualquier eventualidad que conozca, sin imponerle obligación alguna al ente asegurador, esto es, avalando el sentenciador cualquier actuación de las entidades de este tipo para lograr las vinculaciones contractuales, sin ser cuidadosas en el tipo de riesgo que están asumiendo, o llevando a los deudores a impresiones y maniobras facilistas para que no informen su estado de salud, y cuando ocurra el siniestro, aquellas puedan anteponer una preexistencia para negar la cobertura y así alegar reticencia.

De manera que, por haber sido negligente la aseguradora al omitir la realización de los respectivos exámenes o diagnóstico del estado de salud de la actora, no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, aquella alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la deudora a la póliza de vida, con el agravante de que la historia clínica da cuenta de que el fallecimiento no tiene una relación directa con esas afecciones que se

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Laboral. 2022. Sentencia STL4077-2022 del 12 de octubre de 2022. Radicación No. 11001-31-05-036-2014-00514-01. Información Confidencial © BMV Abogados 2020



Calle 5 # 3-33

+57 (8) 279 2926

Barrio la Pola/ Ibagué - Tolima



@bmabogados

www.bmvabogados.com

JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ**ABOGADO****CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC**felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com**Cel: 3245659165**

dejaron de informar, lo que puede ser constitutivo del énfasis de la buena fe al momento de la vinculación contractual y no la intención certera e inequívoca de engañar al organismo asegurador; como tampoco puede hablarse de mala fe, si como lo mencionó la propia aseguradora, todo demuestra que esas afecciones estaban siendo tratadas y controladas; de ahí, que tampoco se puede llegar hasta el extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y los cuidados para permitir el desempeño normal de las actividades cotidianas.

Por manera que, reitera la Sala, la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura.” (Subrayado y negrilla propio)

En la misma corporación en su sala de casación civil en **Sentencia SC37991-2021**⁷, predicó:

"La pregunta a responder es si la prueba de la reticencia o inexactitud, sin más, era suficiente para decretar la nulidad relativa o implicaba demostrar algo adicional. En concreto, acreditar que el asegurador, de haber conocido la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos.

3.2.2. El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por « todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural». En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bonafidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su inmediatez con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.

Ello, sin embargo, no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, **el legislador comercial le insinúa proactividad. (...)**

(...) De tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fé son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. (...)

(...)Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. Ello ocurre, por una parte, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, in fine, del Código de Comercio), no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio asegurativo. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizoró para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.

Como tiene dicho esta Corporación, «no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento» 7• La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.

De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son nimias o insignificantes.” (Subrayado y negrilla propio)

Y concluye la Sala Civil en la Sentencia que *ut supra*, las condicionales que ha impuesto la jurisprudencia Constitucional sobre las obligaciones en los seguros de vida por parte de las Aseguradoras, indicando que:

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. 2021. Sentencia SC37991-2021 del 22 de noviembre de 2021. Radicación No. 11001-31-03-045-2009-00347-01.



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ

ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
[Cel: 3245659165](tel:3245659165)

3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que esta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares:...

1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cubre a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida

2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo.

3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro: siendo necesario demostrar esa relación consecuencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro.

4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador- beneficiario de la prestación aseguraticia. Este punto, por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras.

5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela."

En el punto, recuérdese, que la Sala, así como la Corte Constitucional, han venido sosteniendo que como el contrato de seguros es de adhesión, y que en la actividad, la compañía ostenta posición dominante, los deberes son superiores. (Subrayado y negrilla propio)

Así lo replicó la misma Corte Constitucional en fallos recientes **T-025 de 2024⁸, T- 344 de 2024⁹** y la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia Sentencia **SC167-2023¹⁰** en sede de casación, en el que establece que la postulara que debe gobernar sobre la reticencia es sobre el análisis del deber de diligencia impone a la aseguradora la obligación de verificar la veracidad de las respuestas proporcionadas por el tomador, especialmente cuando el riesgo implicado requiere un conocimiento detallado del estado de salud de este.

En circunstancias específicas, la declaración de asegurabilidad no es suficiente, y la aseguradora debe realizar un esfuerzo adicional para constatar la veracidad de la información proporcionada, incluyendo la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador.

Si la aseguradora omite esta verificación, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aunque el tomador no haya informado sobre preexistencias en el cuestionario. Para demostrar este conocimiento presuntivo, es necesario acreditar que la aseguradora tuvo la oportunidad de realizar las averiguaciones correspondientes, que existieron indicios de discrepancia entre la información del tomador y la realidad, y que la aseguradora omitió hacer esas averiguaciones. Esta regla, sin embargo, no se presenta como un remedio general para absolver las omisiones del tomador, sino como una herramienta para proteger la validez del contrato en caso de controversias derivadas de hechos que la aseguradora debía y podía conocer, sin que esto exima al tomador de su deber de ser honesto y transparente. (LEER SENTENCIAS SC18563-2016, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023, así como por la Corte Constitucional en las sentencias T-501 de 2016, T-660 de 2017, T-025 de 2024, T-344 de 2024 LAS CUALES SOPORTARON LA CONCLUSIÓN).

En el tenor de lo expuesto por las altas Cortes, podemos concluir que, dentro de un contrato de seguro de vida, en el cual haya una declaración de riesgo, las partes deben actuar en el marco de la ubérrima bona fides, por una parte el asegurado en declarar el verdadero estado riesgo de su salud, y por otra parte la compañía de brindar información clara, detallada y profesional sobre las condiciones generales, evitar de suscribir cláusulas ambiguas e investigar el estado del riesgo del consumidor, ora realizando exámenes médicos, solicitando uno recientes o solicitar la historia clínica antes de expedir su consentimiento y la Póliza de Seguro.

⁸ Corte Constitucional. 2024a. Sentencia T-025 de 2024. Bogotá, D.C.

⁹ Corte Constitucional. 2024b. Sentencia T-344 de 2024. Bogotá, D.C.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. 2023. Sentencia SC167-2023, Bogotá, D.C.



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ
ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
Cel: 3245659165

Al omitir esta última obligación, la compañía de seguros no podrá reclamar ante la administración de la justicia la nulidad relativa por existir reticencia en la declaración del riesgo, de acuerdo a la aplicación del inciso 4 del artículo 1058 del Código de Comercio, en donde dispone que no será nulo el contrato "si el asegurador, antes de celebrarlo, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración"

De esta manera su señoría, se ha constituido una doctrina probable y marco de precedentes constitucionales que regulan la reticencia en el contrato de seguro, la posición dominante del asegurador y la obligación de este en ejercer actividades proactivas al momento de investigar el estado verdadero del riesgo, y que ahora es la postura que maneja en la actualidad la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en beneficio y aplicación en el contrato de seguro.

En este estudio, la aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, reclama que hubo un engaño, que la aseguradora ocultó el verdadero estado del riesgo en las diversas solicitudes de asegurabilidad, el cual se rellenaron de forma negativa.

Sin embargo, no es menos cierto que el modo de como se acceden a los créditos es que los funcionarios de la compañía financiera y como bien lo confeso a guardar silencio, son rellenados previamente y los denominan "como documentos protocolarios", para que en fin de que puedan acceder al crédito deben firmarlos con las casillas que rellenaron los mismos funcionarios y no frente a la realidad fáctica, y es que no es posible inculpar a la aseguradora cuando los errores provienen de la misma matriz que hace parte del grupo BBVA.

Adicionalmente, la aseguradora en virtud de la exigencia que les ha impuesto la jurisprudencia patria y el artículo 1058 del Código de Comercio, NUNCA tuvo una actividad proactiva al descubrimiento del verdadero estado del riesgo declarado **LIZZ GALIDIA RODRIGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)**, pues, en vista que no lo exhortó para que allegase historia clínica o exámenes médicos recientes, ni mucho menos el requerimiento para que se le practicasen unos exámenes médicos dentro de las instalaciones del ente asegurador.

Tampoco, se realizó averiguación alguna independiente por parte de la compañía de seguro con su personal de investigación, pese a que en las SOLICITUDES/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO Rad. M026300110236203629620822338 - M026300110236203629602392852- M026300110236203629602389122 - M026300110236203629602388686, se les autoriza expresamente que **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** ante cualquier IPS, EPS, Hospital o entidad en donde reportarse el estado de salud de la asegurada puede la compañía obtener copia de la información que allí repose, véase¹¹:

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mí cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mí cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO (ENDOSOS): Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro de vida como de los demás amparos contratados a: BBVA COLOMBIA S.A., con el único y exclusivo fin de garantizarle el pago de una deuda a su cargo. En consecuencia, y de conformidad con el artículo 1146 del Código de Comercio, mientras subsista la deuda anterior con este beneficiario, la póliza no podrá ser revocada o modificados sus beneficiarios o su valor asegurado, sin previo aviso por escrito al beneficiario principal y autorización del mismo. Si se llega a causar el derecho de indemnización pactado en el presente seguro, cuando la deuda a cargo del asegurado ya fuere del beneficiario anteriormente designado se hubiere extinguido o disminuido por cualquier causa, será beneficiario sustituto por el saldo del seguro, LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO EN SU DEFECTO LOS DE LEY. La presente póliza permite ser cedida o endosada en caso de titularización de cartera.

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros y/o Tarjeta de Crédito No o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo con la periodicidad de pago elegida.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

¹¹ Folio 85 al 88 del archivo primero del cuaderno principal del expediente digital - SOLICITUDES/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO Rad. M026300110236203629620822338 - M026300110236203629602392852- M026300110236203629602389122 - M026300110236203629602388686, realizada por el señor **LIZZ GALIDIA RODRIGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)** con **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ

ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
 Cel: 3245659165

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o episódios o historias clínicas. La presente solicitud formará parte del control de seguro que aquí se solicita en este lugar a celebrarse.

Edad mínima de ingreso: 18 años. Edad máxima de ingreso: 74 años y 364 días y Permanencia hasta la cancelación del crédito.

Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 364 días y Permanencia hasta los 71 años y 364 días.

[Firma manuscrita]

Final: Tut. Solicitud

Li. Clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, o través de: 15 páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento, como constancia de aceptación del presente seguro.

Tal omisión señora Juez, clasifican la incuria de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, lo cual traduce que se tenga que está conoció o al menos ha debido conocer la circunstancia de salud del asegurado **LIZZ GALIDIA RODRIGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)**, pues tenía todo lo relacionado

Por otro lado, en el campo el requisito de demostrar la mala fe del asegurado, resulta determinante destacar que la propia asegurada reconoció expresamente en las SOLICITUDES/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO Rad. M026300110236203629620822338 - M026300110236203629620392852- M026300110236203629620389122 - M026300110236203629620388686, las autorizaciones de cualquier información medica de la misma en cualquier entidad de salud, lo cual, si la hubiera un ocultamiento fraudulento, con el fin de engañar a la aseguradora ha de preguntarse ¿para qué le daría yo la autorización a la compañía para que me descubra?

El interrogante anterior, se responde de manera sencilla, y es que, la señora **LIZZ GALIDIA RODRIGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)** nunca actuó de mala fe, firmó los documentos que le pusieron de presente, autorizo a la entidad aseguradora para que averiguaran su estado de salud, estaba presta a cualquier requerimiento, si era necesario a que se le realizaran exámenes médicos, allegar unos o hasta su historia clínica, y pues quien quiere defraudar no autoriza a su extremo para que en cualquier entidad privada o pública pueda consultar su información.

De otra parte y respecto al nexo de causalidad entre las supuestas preexistencias y la causa de la muerte del señor la señora **LIZZ GALIDIA RODRIGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)**, es necesario señalar que tal vínculo **no fue probado**. La jurisprudencia ha sido clara al exigir que, para que prospere la objeción del pago, debe demostrarse que las enfermedades preexistentes alegadas guardan relación directa y comprobada con el fallecimiento del asegurado. Así lo han sostenido la Corte Constitucional en las sentencias **T-832 de 2010**, **T-430 de 2015**, **C-393 de 2015**, **T-027 de 2019**, y la Corte Suprema de Justicia en las sentencias **SC37991-2021**, **STC1409-2021**, **STL4077-2022** y **SC167 de 2023**.

En ese sentido, sobre el recaudo probatorio no hay medio concluyentes que determinen que la causa de fallecimiento provino de las enfermedades por hipertensión o de una gastritis severa, lo cual debe descartarse esta figura por ausencia probatoria de la aseguradora.

Recuérdese que el canon 167 del C.G.P. advierte que, es a quien interesa la aplicación del efecto jurídico de la norma el encargado de demostrar el supuesto fáctico por los medios suarios que estime prudente, cuestión que aquí no ocurrió, por cuanto el eximente de responsabilidad pretendido se encuentra huérano de demostración.

Debe modo que, al no encontrarse demostrada los elementos que gobierna la figura de reticencia, como son la buena fe, las pesquisas de la aseguradora en la averiguación del estado del riesgo, la mala fe del asegurado y el nexo de causalidad con las patologías, deben descartarse las excepciones formuladas.

Ahora debe de informarse y no ha de pasar por alto que **BBVA Seguros** está integrada por **BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** Sus principales accionistas son **BBVA BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA** y **LA SOCIEDAD ANÓNIMA ESPAÑOLA DE ALMACENES GENERALES DE DEPÓSITO**. Ambas compañías forman parte del mismo grupo empresarial liderado por la matriz **BBVA S.A.** (observe el siguiente enlace: <https://www.bbvasseguros.com.co/grupo-bbva/#:~:text=BBVA%20Seguros%20forma%20parte%20del,de%20clientes%20y%207%2C466%20oficinas>)

Como grupo empresarial **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tiene un interés directo en proteger a su matriz, **BBVA S.A.**, evitando la cancelación de los seguros, ya que esto representaría una afectación a los ingresos de la filial.

En consecuencia, se puede inferir que una estrategia jurídica utilizada por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, consiste en establecer preexistencias de enfermedades con el objetivo de denegar indemnizaciones y, de esta manera, maximizar sus ganancias a expensas de la asegurada, quien originalmente traslada el riesgo a la aseguradora mediante el contrato de seguro.

Información Confidencial © BMV Abogados 2020



Calle 5 # 3-33

+57 (8) 279 2926

Barrio la Pola/ Ibagué - Tolima



@bmwabogados

www.bmvabogados.com

BBVA Seguros opera como filial de **BBVA S.A.**, lo que implica que su desempeño financiero impacta directamente en el balance consolidado del grupo. La cancelación masiva de seguros o el pago recurrente de indemnizaciones afectaría negativamente la rentabilidad de la filial y, por ende, la del grupo empresarial en su conjunto. La estrategia de negar indemnizaciones mediante la declaración de preexistencias no debidamente justificadas genera un beneficio directo a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, ya que reduce sus costos de siniestralidad y mejora sus resultados financieros.

Esto coloca a los asegurados en una situación de vulnerabilidad al no recibir la protección contratada, máxime que **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** no exige exámenes médicos previos ni solicita documentación médica detallada al momento de la contratación del seguro. Posteriormente, en caso de siniestro, argumenta la existencia de enfermedades preexistentes sin haber realizado un análisis exhaustivo en el momento oportuno, lo que genera una situación de indefensión para el asegurado.

1.1.1. A LA DENOMINADA: FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA EN CABEZA DE LA PARTE DEMANDANTE PARA SOLICITAR – EL BANCO BBVA ES EL ÚNICO BENEFICIARIO ONEROSO DE LA PÓLIZA

La demandada a través de su apoderado judicial, alega con vehemencia que la parte activa no tiene legitimidad para actuar en la litis y solicitar la afectación de las Pólizas de Vida Grupo de Deudores No. 02 261 0000021275 - 02 221 0000106452 - 02 121 0000023524 - 02 205 0001912925 para efectos de cancelarle A SU MATRIZ **BBVA S.A.** las obligaciones pendientes por las fallecidas Asegurada.

Sigue con la línea y cita jurisprudencia impertinente al caso de seguros de vida, haciendo alusión que la única legitimada es la entidad financiera, pero eso sí, no hay legitimidad para los herederos de los asegurados quien encabezaban el interés asegurable y los riesgos amparados, pero si la entidad financiera que no se hace ningún acción judicial o extrajudicial para ejercer el amparo asegurado.

Para ello señoría, en primera mano para determinar la vocación legitimaria del mandante, primero ha de responder ¿qué es la legitimación en causa?, y, ¿de dónde proviene con la naturaleza del derecho invocado de la presente *litis*?, en *prima facie*, la legitimidad para actuar dentro de un proceso judicial es la relación jurídica - sustancial que existe entre el supuesto hechos alegado del proceso y las normas jurídicas que amparan el derecho base de reclamo o su posible declaración, de manera que, es propia del debate procesal, como quiera que se relaciona con el derecho que se pretende con las calidades los sujetos, ora por activa o pasiva, bien porque formulan las pretensiones (activa) o porque se oponen a ellas (pasiva).

No obstante, entre la legitimación en la causa puede estribar en dos tipos: (i) la *legitimatío ad causam* referida en algunos de los extremos de la litis, que surge a través de la controversia y así como con los derechos y obligaciones que se pretendan o se excepcionen y la legitimación procesal -*legitimatío ad processum*- que es la aptitud legal para comparecer y actuar en el proceso.

A su vez, la jurisprudencia la honorable Corte Suprema de Justicia en sentencias reiteradas ha precisado el alcance que tiene esta figura jurídico procesal, de lo cual es de traer a colación la Sentencia **STC-1135 de 2018**¹², con ponencia de **ARIEL SALAZAR RAMÍREZ**, en dónde establece que:

"La «legitimación en la causa» como presupuesto indispensable para la procedencia de la pretensión, es decir, como condición de la acción judicial, ha sido considerada una cuestión propia del derecho sustancial, pues alude a la materia debatida en el litigio.

La prosperidad de la pretensión depende, entre otros requisitos -ha dicho la Sala- de que «se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado...» (CSJ SC, 14 Ago. 1995, Rad. 4628, reiterado en CSJ SC, 26 Jul. 2013, Rad. 2004-00263-01 y en SC16669-2016, rad. 11001-31-03-027-2005-00668-01).

*Según **Hernando Devis Echandía**, la legitimación en la causa, está constituida por «las condiciones o cualidades subjetivas, que otorgan la facultad jurídica de pretender determinadas declaraciones judiciales con fines concretos, mediante una sentencia de fondo o mérito, o para controvertirla», las cuales se refieren a la relación sustancial debatida.*

Con base en lo anterior, la legitimatio ad causam en el demandante se define como «la titularidad del interés materia del litigio y que debe ser objeto de sentencia (procesos contenciosos) o del interés por declarar o satisfacer mediante el requisito de la sentencia (procesos voluntarios)», y respecto del demandado es «la titularidad del interés en litigio, por ser la persona llamada a contradente a la cual permite la ley que se declare la relación jurídica material objeto de la demanda (procesos contenciosos ejecutivos, de condena, declarativos o de declaración constitutiva)».

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia STC1135-2018. Rad. 11001-22-03-000-2018-00023-00, M.P. **ARIEL SALAZAR RAMÍREZ**. Bogotá, 26 de marzo de 2018.



*Esta Sala ha sostenido que el mencionado requisito para la sentencia de fondo estimatoria de la pretensión, se identifica con la titularidad del derecho sustancial, de ahí que haya sostenido que **«si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor»** (CSJ SC, 14 Ago. 1995, Rad. 4628; CSJ SC, 26 Jul. 2013, Rad. 2004-00263-01).*

A ese criterio, se adiciona otro reconocido por el ordenamiento jurídico, en virtud del cual se aceptan como legitimados en un proceso sujetos que no son titulares del derecho o de la relación jurídica sustancial objeto del proceso, situación que se conoce como legitimación extraordinaria, en la que está comprendida la sustitución procesal que, según el procesalista nacional citado, supone «la titularidad parcial del interés en litigio, en razón de que su interés personal en la relación jurídica que debe ser objeto de la sentencia de la cual es sujeto otra persona (el sustituido, deudor de la acción pauliana, por ejemplo), se encuentra vinculado al litigio».

Esa figura da lugar a la acción oblicua, en la que el acreedor ejerce su derecho auxiliar de perseguir la satisfacción de su crédito, que el Código Civil autoriza en los artículos 862, 1295, 1441, 1445 y 1451 y 2026, y a ella aluden los preceptos 375 (num. 2) y 493 del Código General del Proceso, así como la Ley 791 de 2002 (arts. 1 y 2).

Los terceros a quienes la ley reconoce una legitimación extraordinaria –dice Rocco– «están autorizados para pretender en nombre propio la declaración de certeza o la realización coactiva de dichas relaciones jurídicas, conjunta o paralelamente, o con exclusión y en sustitución, de los verdaderos sujetos de las relaciones jurídicas sustanciales», de modo que «puede ocurrir que en ciertas y particulares relaciones jurídicas, cuando otro sujeto tenga un interés igual, o preeminente, en la realización de la relación sustancial, incluso frente al verdadero titular de ella, la ley procesal da el derecho de acción a dicho sujeto, precisamente en consideración a aquel interés» (el subrayado no es del texto).

De modo que la legitimación en la causa por la parte actora se admite en la titularidad del interés metería en el litigio y que debe ser objeto en la resolución que dirima de fondo la controversia, pues es el ordenamiento jurídico que le otorga la titularidad del interés jurídico que le permite declarar, extinguir, afectar, exigir o modificar la relación jurídica por medio de la tutela judicial. Es por ello que la legitimatio ad causam no es un presupuesto procesal, ya que es objeto de análisis; mientras que la legitimatio ad processum "si constituye un presupuesto procesal y su falta configura un vicio de nulidad que compromete el procedimiento y la sentencia que llegue a dictarse"

Teniendo esto de presente, y bajo la acción de prevalencia, las acciones derivadas del contrato de seguro (declarativas o ejecutivas), permiten que las partes creadoras del contrato se legitimen en causa para demandar bajo la tutela judicial efectiva amparar sus derechos que encabezan en su titularidad, pero además los beneficiarios y por ordenes del art. 1081 del C.Co.

De ello deviene, en que las partes del seguro son: (i) el asegurador, ósea la persona jurídica que asume los riesgos debidamente autorizados **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** (ii) El asegurado, que es la persona que obrando en derecho propio o ajena, traslada los riesgos (**LIZZ GALIDIA RODRÍGUEZ ARGUELLO**) (art. 1037 C.co) (iii) se considera parte el tercero determinable o determinado, como beneficiario del seguro el cual le corresponde el derecho de prestación asegurada (art. 1039 – 1079 - 1080 del *ibidem*) y al tomador del seguro, que a su vez de asegurado el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales, como a los herederos o cónyuge de la fallecida tomador o asegurado.

Es así, que, al momento de materialización del riesgo, que se denomina siniestro es responsabilidad del asegurador en términos del artículo 1073 y 1079 de la codificación en cita de responder por el derecho de prestación de los intereses asegurables. Que de acuerdo con el artículo 1077 le incumbe al asegurado o en su defecto al beneficiario, afectar el seguro, comprobando el siniestro y su cuantía. En sujeción de la naturaleza de los contratos de seguro por responsabilidad se impone la carga al asegurador sobre la obligación de indemnizar los perjuicios materiales que se causen al asegurado con motivo de determinada responsabilidad a la que incurra (art. 1127 del *ibidem*).

A su vez, dentro de esta tipología de póliza, se entiende el siniestro cuando el hecho externo e imputable al asegurado correrá la prescripción de las acciones establecidas en el artículo 1081 del C.co., y frente al asegurado ocurre a la notificación de acción judicial, acto en que publicitario en que conoce el asegurado sobre la petición o reclamación de la víctima en su contra.

De esta manera, la *legitimatio ad causam* en los procesos de seguros, se desenvuelve a los alcances ordinarios y extraordinarios, el primero, al existir un interés jurídico en cabeza del reclamante, *verbigratia*, cuando el asegurado del seguro o su beneficiario hace la reclamación del seguro ante la aseguradora y esta guarda silencio dentro del mes que tiene para objetar o ejercer la indemnización de los riesgos asegurables. O extraordinaria cuando un tercero tiene el interés parcial sobre el cumplimiento del contrato asegurativo, como pasa en que el beneficiario del seguro fallece, pero sus herederos acogen el derecho de litigio, también frente la subrogación, cuando en una póliza de seguros de daños, un tercero le paga al beneficiario los derechos prestacionales dentro de la póliza, lo legitima para que pueda reclame el seguro y su defecto que este sea negativa por la aseguradora, reclame vía tutela judicial.

Información Comercial © BMV Abogados 2020



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ

ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
Cel: 3245659165

Bajo este postulado, la Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 19 de diciembre de 2006, Expediente No.68001 31 03 001 2000 00311 01 ha determinado que la legitimación en causa en el contrato de seguro, es:

Legitimidad en la causa por activa (...) En el contrato de seguro, cualquiera que sea su especie, intervienen el tomador, el asegurador, el asegurado y el beneficiario; los dos primeros lo hacen en su condición de partes, en tanto y cuanto son quienes concurren a intercambiar las expresiones de voluntad que dan origen al negocio jurídico y, por ende, asumen las obligaciones que él dimanar (artículo 1037 del C. de Comercio); mientras que a los restantes a detenerseles como interesados en los efectos económicos del contrato.

Esta Corporación, al referirse a los sujetos que pueden intervenir en contrato de seguro, puntualizó que las normas que regulan dicha convención distinguen "entre el tomador, la persona-natural o jurídica- que, como parte del contrato, figuradamente traslada los riesgos al asegurador -persona jurídica-, que los asume -en sentido amplio- a cambio del pago de una determinada prima (art.1037 C. de Co.); el asegurado, titular del interés asegurado -en los seguros de daños-, esto es, del vínculo -o relatio- que tiene con el bien jurídico amenazado in potentia, por la realización del riesgo cubierto (arts.1045,numeral 1º, 1083 y 1137 ib. Vid. cas. civ. 21 de marzo de 2003, exp.6642), y el beneficiario -en su carácter prototípico de titular creditoris-, persona a quien se le atribuye, legal o convencionalmente, a título oneroso (como en los seguros de daños) o gratuito (como en los seguros de personas), el derecho a reclamar y recibir la prestación asegurada, una vez que se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los casos en que ello sea necesario, claro está (arts.1077 y 1080 ib.).

El asegurado y el beneficiario, aunque interesados en el contrato, no son -ni serán- partes del negocio jurídico en comento, al contrario de lo que ocurre con el tomador, quien privativamente inviste dicho carácter, precisamente por ser el contratante -mejor aún cocontratante del asegurador" (sentencia de 16 de septiembre de 2003,exp.6704). Puede ocurrir, sin embargo, que el tomador obre "por cuenta propia" o que lo haga "por cuenta ajena", tal como lo autoriza el artículo 1037 del Código de Comercio.

En el primer caso, es tangible que contrata el seguro para proteger su propio interés sobre la cosa asegurada o sobre el objeto amenazado; mientras que en el segundo, ajusta el contrato para cubrir un interés asegurable ajeno, precisamente el que tiene un tercero en la cosa asegurada o a la cual están vinculados los riesgos objeto del contrato, según se colige de los artículos 1039 a 1042 ibídem que regulan dicha modalidad de contratación. (...) "

En referencia a los seguros de vida de grupo de deudores **SC4904-2021¹³**, estableció que:

"Está fuera de discusión que, en principio, solo son «interesados» las personas que derivan algún derecho del contrato de seguro, entre los que estarían el asegurador y el tomador (art. 1037 C. de Co), así como el asegurado y el beneficiario (art. 1047, num. 3º ib.), no obstante, tratándose del seguro de vida grupo, tal y como a lo largo del proceso con vehemencia lo resaltaron los accionantes y lo ratificó el Tribunal, por construcción jurisprudencial se ha reconocido la legitimidad de los cónyuges y herederos de los asegurados para demandar el cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, pese a no tener la calidad de contratantes.

Lo anterior, por cuanto el principio de la relatividad de los contratos no es absoluto y si la inejecución de un negocio jurídico puede beneficiar o afectar indirectamente otros patrimonios, «se tiene aceptado que los terceros interesados se encuentran facultados para velar por la suerte del mismo. Es el caso, entre otros, del cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, (...) quienes, en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde». (SC15 dic. 2008, exp. 2001-01021-01).

Desde esa perspectiva, no llama a duda que en esta causa los demandantes tenían la condición de terceros interesados en promover la acción derivada del contrato de seguro para su propio beneficio y fue con soporte en la mencionada línea jurisprudencial, que el ad quem dio por acreditada su legitimación por activa. Habiendo obrado al amparo de ese legítimo interés, resulta inadmisibles que ahora, por esta vía extraordinaria, aduzcan su condición de terceros para cuestionar la senda de la prescripción considerada por el juzgador, en total desconocimiento de la doctrina jurisprudencial por ellos mismos invocada para sustentar su reclamación judicial.

(...) Está fuera de discusión que, en principio, solo son «interesados» las personas que derivan algún derecho del contrato de seguro, entre los que estarían el asegurador y el tomador (art. 1037 C. de Co), así como el asegurado y el beneficiario (art. 1047, num. 3º ib.), no obstante, tratándose del seguro de vida grupo, tal y como a lo largo del proceso con vehemencia lo resaltaron los accionantes y lo ratificó el Tribunal, por construcción jurisprudencial se ha reconocido la legitimidad de los cónyuges y herederos de los asegurados para demandar el cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, pese a no tener la calidad de contratantes.

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC4904-2021. Sala de Casación Civil, Radicación n.º 66001-31-03-003-2017-00133-01. Magistrado Ponente: Octavio Augusto Tejeiro Duque. Bogotá, D.C., 4 de noviembre de 2021.



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ
ABOGADO
CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
Cel: 3245659165

De esta manera, la legitimación en la causa dentro del proceso de seguros es amplia y no se limita en las partes del contrato o beneficiario del seguro, sino que adiciona a una pluralidad de terceros que tienen la *"titularidad parcial del interés en litigio, en razón de que su interés personal en la relación jurídica que debe ser objeto de la sentencia de la cual es sujeto otra persona (el sustituto, deudor de la acción pauliana, por ejemplo), se encuentra vinculado al litigio"*.

Y es que por principio de relatividad del contrato no es absoluto y la inejecución de un negocio jurídico, como es el caso de los mutuos con entidades financiera afectan de manera indirectamente otros patrimonios por efecto del fallecimiento del deudor, ora que el *cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, (...) quienes, en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde»*.

En esa medida señoría, el señor **EDUARDO RODRÍGUEZ ARGUELLO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.018.496.268 de Bogotá D.C., es el único heredero y legítimo de la asegurada **LIZZ GALIDIA RODRÍGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)**, el cual en protección del patrimonio de la masa sucesoral promovió la acción, para efectos de que los seguros base de reclamo cubra los pasivos cubiertos se cancelen en su totalidad, el cual se comprobó su calidad de heredero en función del Registro Civil de Nacimiento¹⁴, véase:

En tal Registro Civil que obra como prueba documental, cataloga que la fallecida asegurada **LIZZ GALIDIA RODRÍGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)**, es la madre biológica del señor **EDUARDO RODRÍGUEZ ARGUELLO**, quien para efectos de su muerte y de acuerdo con las normas del Código Civil, están llamados a recoger la masa hereditaria los descendientes en primer orden, el cual se encuentra el demandante.

En esa medida señoría, solicito que al momento de dictar sentencia se niegue la excepción de merito por ser impróspera, al comprobarse que existe realmente un interés legítimo y máximo que en el presente despacho se tramita un **PROCESO EJECUTIVO PARA LA EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA REAL DE BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. - BBVA vs HEREDEROS INCIERTOS e INDETERMINADOS DE LIZZ GALIDIA RODRÍGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.) - RADICACIÓN: 73001-31-03-004-2024-00283-00**.

1.2. A LA DENOMINADA: PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO:

BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., por medio de su apoderada judicial, aduce que ha operado el fenómeno de la prescripción, de acuerdo que ha pasado más de dos años desde el momento en el que ocasionó el siniestro y la presentación de la demanda.

¹⁴ Folio 55 del archivo primero del cuaderno principal del expediente digital – Registro Civil de Nacimiento de **EDUARDO RODRÍGUEZ ARGUELLO**



Ante está asepsia, ha de radicar los siguientes problemas jurídicos, 1.- ¿cuál es el termino de prescripción en el contrato de seguro?, 2.- ¿Es operante en seguros de responsabilidad que el término de la prescripción empiece a contabilizarse a partir del siniestro? y 3.- ¿si la solicitud y afectación al seguro opera la interrupción que emana el artículo 94 del Código General del Proceso?

La prescripción de la reclamación y en las acciones que deriven a efectos de un contrato de seguro, se resguarda en el artículo 1081 del Código de Comercio, que establece:

"La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes."

Nótese, para las acciones derivadas del contrato de seguros existen dos clases de prescripciones, y cada una cuenta con una contabilización de término distinta. Para el caso de la ordinaria (2 años), comienza a correr desde el conocimiento razonable del hecho que origina la acción; y, respecto de la extraordinaria, a partir de la ocurrencia del siniestro.

La diferencia radica sobre el carácter subjetivo u objetivo del titular de la respectiva acción. En la prescripción ordinaria empezara a contar depende del conocimiento real o presunto del derecho que da base a la acción, y la ordinaria, sin importar la calidad del sujeto operara de facto, es decir, transcurrido los cinco años desde el momento del nacimiento del derecho.

La honorable Corte Suprema de Justicia, en Sentencia de 2012 diciembre 18 en su Sala de Casación Civil – No. 2007-00071 - Ref.: Exp. 1100131030392007-00071-01¹⁵, ha indicado que estos tipos de prescripción presentan las siguientes diferencias:

"(i) Las dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció".

"(ii) Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente".

"(iii) La prescripción extraordinaria corre contra toda clase de personas, mientras que la ordinaria no opera contra los incapaces".

"(iv) El término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situaciones jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas".

"(v) Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure (...)".

"(...) Las dos clases de prescripción consagradas en el artículo 1081 del Código de Comercio se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente (...)"

Ahora la Corte Suprema de Justicia, mediante Sentencia **SC4904-2021**, resolvió la duda sobre cuál era el término que le corría al cónyuge y los familiares de un asegurado en un seguro de vida grupo deudores, aduciendo que la prescripción ordinaria empieza a contar desde que el interesado tuvo conocimiento del siniestro, sin importar si hizo parte o no del negocio asegurativo:

"(...) cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde que **el interesado** haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (...) se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro (...) **con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela**

¹⁵ C.S.J. SC, Sentencia de 2012 Diciembre 18 en su Sala de Casación Civil – No. 2007-00071 - Ref.: Exp. 1100131030392007-00071-01



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ
ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
Cel: 3245659165

judicial de sus derechos prevalido de una relación aseguraticia en la que pudo o no haber sido parte”.

Sobre el concepto “interesado”, la CSJ indicó que, en principio, lo ostentan el tomador, el asegurado y el beneficiario del contrato de seguro, pero también los cónyuges y herederos del asegurado en el caso de seguros de vida grupo deudores:

“Esta fuera de discusión que, en principio, sólo son “interesados” las personas que derivan algún derecho del contrato de seguro entre los que estarían el asegurador y el tomador, así como el asegurado y el beneficiario; no obstante, tratándose de seguros de vida grupo(...) por construcción jurisprudencial, se ha reconocido la legitimidad de los cónyuges y herederos de los asegurados para demandar el cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, pese a no tener la calidad de contratantes”.

En ese sentido, la Corte concluyó que los demandantes no podían pretender ser tratados como interesados para reconocerles su legitimidad en la reclamación del seguro, pero como terceros para efectos de los términos de prescripción, por lo que su aplicación es la vía extraordinaria, es decir, “de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.”

Así las cosas, su señoría, la señora **LIZZ GALIDIA RODRÍGUEZ ARGUELLO (Q.E.P.D.)**, falleció el pasado diecisiete (17) de junio del año dos mil veinticuatro (2024), termino en el que empieza a contarse la prescripción y ya se por senda ordinaria y extraordinaria, la demanda se interpuso menos de un año en que falleció la asegurada. Lo anterior permite concluir que la demanda se interpuso en el tiempo y de que no haya operado el fenómeno de la prescripción como lo alega la homologa compañía de seguros.

1.3. A LA DENOMINADAS EN CUALQUIER CASO SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO Y EN CUALQUIER CASO LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN:

Como viene manifestandose en la demanda Las **Pólizas de Vida Deudor No. 02121 0000023524 - 02 261 0000021275 - 02 221 0000106452 - 02 205 0001912925**, contienen un amparo básico de:

“BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.”

En el anexo de la Póliza de Seguro, 01/09/2011-1426-NT-P-34-2011041300000501, se estableció la suma asegurada será el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

Esto quiere decir que las sumas aseguradas se constata el valor insoluto de la deuda al momento de ocasionar el siniestro, es decir, se compondrá tanto de capital, intereses o cualquier otro valor que componga la obligación al momento de causarse el siniestro y adicionalmente, la obligación que haya incrementado su valor por mora o primas no pagadas en el seguro.

Situación que así lo certifica la aseguradora, aduciendo que los certificados de existencia de la póliza son variables mes a mes, véase:

*Se aclara que el valor asegurado certificado en el presente documento, es el valor actual vigente a la fecha de expedición del documento y el mismo varía mes a mes, de acuerdo al valor adeudado. La última prima cobrada fue por \$7.531 correspondiente al periodo del 11/08/2024 al 10/09/2024.

La póliza fue emitida con fecha 11/10/2019 y revocada el día 10/09/2024. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

BBVA
Seguros

Lo cual el real valor asegurado, será en el momento en ejercicio de que haga efectivo el contrato de seguro cubrir todos los emolumentos que componen los créditos, ora por capital, interés de plazo o de mora, o cualquier otra erogación económica que componga la acreencia.

De otro lado señoría, el día veintisiete (27) de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024) el señor **EDUARDO RODRÍGUEZ ARGUELLO**, por medio de su apoderado judicial, radicó reclamación y afectación de las **Pólizas** 2020



Calle 5 # 3-33

+57 (8) 279 2926

Barrio la Pola/ Ibagué - Tolima



@bmabogados

www.bmabogados.com

JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ
ABOGADO

CURSANTE DE ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO COMERCIAL UEC
felipehuertas.velez@gmail.com / felipehuertas.velez@outlook.com
[Cel: 3245659165](tel:3245659165)

de Vida Deudor No. 02 121 0000023524 - 02 261 0000021275 - 02 221 0000106452 - 02 205 0001912925, demostrando para esa fecha cuanto era el capital y la moratoria con el fin establecido en el canon 1077 del C.co.

Una vez transcurrido un mes siguiente que tiene la Aseguradora para cancelar el importe de la suma asegurada en destino a la entidad financiera como beneficiaria del seguro, la Compañía objeto y se opuso al día siguiente de manera infundada. Cuando esta situación se consagra el estatuto mercantil en su artículo 1080 consagró la posibilidad de reclamar intereses moratorios o los perjuicios causados por la mora del asegurador en el pago de la indemnización derivada del contrato de seguro, en los siguientes términos:

"El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún 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. (...)

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador."
(Subrayado fuera del texto original)

En desarrollo de lo reseñado, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural ha aclarado que, en atención a los supuestos fácticos de cada caso, los intereses moratorios se causaran desde:

- (i) El mes siguiente a la fecha en que el tomador o beneficiario haya probado judicial o extrajudicialmente la ocurrencia y la cuantía del siniestro, en los términos del artículo 1077 del estatuto mercantil (CSJ STC10306-2022);
- (ii) La ejecutoria de la sentencia que ordena el pago, cuando se acredita la ocurrencia y cuantía del siniestro únicamente en sede judicial. (CSJ SC5217-2019). radicación No. 20001-22-14-001-2024-00110-01

De igual manera, está la Corte precisos que la sanción moratoria *"no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador"* (CSJ SC 5 nov. 2013, exp. 199815344-01) como es el simple caso de aducir una nulidad inexistente.

De antemano señoría, la compañía de seguro además del importe a cancelar por la suma asegura en destino a **BBVA S.A.**, los intereses moratorios que genera la reclamación deberán ser cancelados en destino del señor **EDUARDO RODRÍGUEZ ARGUELLO**.

II. FRENTE A LA OBJECCIÓN DEL JURAMENTO ESTIMATORIO:

Con base el artículo 206 del C.G.P., me permito dentro que se hagan valederas siguientes medios probatorios:

1. Todo documento y anexo allegados al escrito de demanda y subsanación.
2. Todo documento y anexo allegados en el escrito de contestación de demanda.
3. Todas las piezas procesales que lleguen a existir en el plenario.

Documentos que obran dentro del plenario y hacen parte del acápite de prueba del escrito inicial de demanda y que determina el quantum del valor del siniestro materializado y soportado por la Póliza base de reclamo judicial.

Cordialmente,



JUAN FELIPE HUERTAS VELEZ
C.C. No. 1.006.129.407 de Ibagué - Tolima
T.P. No. 420.018 del C.S.J.





República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil y Agraria

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

Magistrada Ponente

SC167-2023

Radicación n.º 760013103017 2019 00025 01

(Aprobado en sesión de dieciocho de mayo de dos mil veintitrés)

Bogotá, D.C., once (11) de julio de dos mil veintitrés
(2023)

Se decide el recurso de casación formulado por Seguros de Vida Suramericana S.A. contra la sentencia del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cali, Sala Civil, de 1º de diciembre de 2020, en el proceso que promovieron María Rentería Vente, Sandra Paola Valencia Murillo, en nombre propio y en representación del menor Duván Felipe Valencia Valencia, Sandra Paola Valencia Rentería, Kelly Johanna Valencia Valencia, Ana Cilena Ramos Rentería, Ángela Inés Angulo Vence, en nombre propio y representación de los menores Jeilyn Marlov y Jihanna Valencia Angulo contra la recurrente.

ANTECEDENTES

1.- Los demandantes solicitaron conminar a la demandada para que se paguen las indemnizaciones debidas por cinco pólizas de seguros de la siguiente forma:

1.1.- Por la póliza No. 08100381650 de 17 de junio de 2016 se pidió la suma de \$97.000.000, de los cuales el 50% debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia y Jihanna Valencia Angulo, y el 50% restante en provecho de Sandra Paola Valencia Rentería, Ana Cilena Ramos Rentería, María Rentería Vente y Ángela Inés Angulo Vence.

1.2.- Por la póliza BAN-024533478 de 10 de septiembre de 2015 se pidió la suma de \$80.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence, fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.3.- Por la póliza BAN-024533547 de 9 de septiembre de 2015 se pidió la suma de \$80.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.4.- Por la póliza BAN-024688021 de 10 de septiembre de 2015 se pidió la suma de \$20.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.5.- Por la póliza BAN-024688022 de 9 de septiembre de 2015, se pidió la suma de \$20.000.000, de los cuales debía pagarse a favor de Kelly Johanna Valencia Valencia, Duván Felipe Valencia Valencia, Jihanna Valencia Angulo y Ángela Inés Angulo Vence fracciones del 20% para cada uno, y en provecho de Jeilyn Marlovy Valencia Angulo y María Rentería Vente fracciones del 10% para cada uno.

1.6.- Como consecuencia, solicitaron la actualización del valor de las indemnizaciones, y el reconocimiento de los intereses moratorios desde el acaecimiento del siniestro y hasta el pago.

2.- Para fundamentar sus pretensiones, los demandantes manifestaron que la aseguradora y Jimmi Valencia Rentería, suscribieron los contratos de seguro incorporados en las pólizas mencionadas, en las que se amparó el riesgo de muerte del tomador, y se designó como beneficiarios a cada uno de los demandantes en la proporción referida en cada póliza.

2.1.- El tomador falleció el 1º de noviembre de 2016, debido a asfixia mecánica ocurrida en el Corregimiento de Pedregal, Distrito de Panamá, República de Panamá.

2.2.- El 24 de marzo de 2017, los demandantes presentaron las reclamaciones de las pólizas.

2.3.- El 5 de mayo de 2017, la aseguradora se negó a pagar las indemnizaciones, aduciendo que el asegurado no declaró la diabetes mellitus que le fue diagnosticada en noviembre de 2009.

2.4.- El 17 de octubre de 2018, la aseguradora citó a Sandra Paola Valencia Murillo, Sandra Paola Valencia Rentería, Ana Cilena Ramos Rentería y María Rentería Vente para comparecer a diligencia de conciliación extrajudicial, con el propósito de declarar la nulidad relativa de los contratos de seguro, invocando los hechos que opuso para no pagar las indemnizaciones.

2.5.- El 30 de noviembre de 2018, los demandantes citaron a la aseguradora para que concurriera a la diligencia de conciliación extrajudicial que se llevaría a cabo el 14 de noviembre de 2018, pero ésta solicitó el aplazamiento de la reunión.

2.6.- El tomador jamás sufrió los síntomas de la diabetes, toda vez que se sometió a un tratamiento alternativo que lo curó para siempre.

2.7.- El asiento de la historia clínica, utilizado por la aseguradora para oponerse a la reclamación, refiere un acontecimiento sin importancia, pues con posterioridad a su registro el tomador no volvió a consultar por esa causa en Sura, que era la compañía de medicina prepagada en la que estaba afiliado.

2.8.- Cuando celebró los contratos de seguro, el tomador no padecía enfermedades que pudieran comprometer en el futuro el pago de la reclamación; además, su deceso se produjo por una causa distinta a cualquier enfermedad diagnosticada y persistente.

2.9.- Y, la aseguradora contaba con la posibilidad de revisar su historia clínica, toda vez que le dio autorización para consultarla.

3.- La demanda fue admitida por el Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Cali, que ordenó notificar a la demandada.

4.- La convocada dio contestación a la demanda, allí planteó las excepciones de mérito que denominó «*nulidad relativa de las pólizas de vida*», «*no debe existir una relación de causalidad entre inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado*», «*inexistencia de la obligación de realizar exámenes médicos*», «*improcedencia del estudio de la responsabilidad civil contractual en el proceso de la referencia*», «*inexistencia de la obligación en cabeza de Seguros de Vida Suramericana S.A.*», «*improcedencia del*

estudio de la responsabilidad civil contractual en el proceso de la referencia (menos aún la extracontractual)», «inexistencia de la obligación de indemnizar en cabeza de Seguros de Vida Suramericana S.A.» e «improcedencia de reconocimiento de intereses moratorios». Como defensas subsidiarias propuso las intituladas «prescripción», «cobro de lo no debido», «sujeción estricta al contrato de seguros, condiciones generales, particulares, límite de valor asegurado, exclusiones del amparo» y «genérica».

5.- El Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Cali, mediante sentencia de 16 de octubre de 2019, declaró probada la excepción de *«nulidad relativa de las pólizas de vida»*, denegó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la demandante.

6.- Surtido el trámite de la apelación interpuesta por la parte demandante, el Tribunal revocó la decisión, en su lugar declaró no probadas las excepciones de mérito formuladas por la demandada, a quien condenó a pagarle a los demandantes las sumas aseguradas en las pólizas, más los intereses moratorios causados desde el 5 de mayo de 2017 hasta el pago total de la obligación y las costas de ambas instancias.

II. LA SENTENCIA IMPUGNADA

Después de resumir el litigio, el Tribunal planteó los problemas jurídicos en tres niveles, **en el primero se preguntó**

si el tomador había incurrido en reticencia al suscribir las declaraciones de asegurabilidad, y si el principio de buena fe que inspira la etapa precontractual del contrato de seguro se reconduce únicamente a la declaración del estado del riesgo a cargo del tomador; en el segundo se cuestionó si la aseguradora actuó como un profesional del ramo con antelación a la suscripción del contrato de seguro, y si debía indagar sobre el estado de salud del asegurado antes de asumir el riesgo; y, en el tercero examinó el mérito de las excepciones formuladas por la demandada.

Para resolver, recordó que el tomador tiene la obligación de declarar con sinceridad el estado del riesgo, que en caso de ser desatendida conducirá a que el contrato de seguro quede viciado de nulidad relativa, cuando la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora tenga la entidad de disuadirla de la idea de celebrarlo, o de determinarla a pactarlo en condiciones más onerosas.

Luego, acotó que, sin perjuicio de la obligación del tomador, la aseguradora tiene la carga de investigar adecuadamente el estado del riesgo, en un inicio a través de una indagación pertinente enderezada a procurar del tomador su sincera declaración, que, de no ser realizada, a pesar de poder hacerlo, le impedirá aducir que el tomador incurrió en reticencia.

Después, con apoyo en citas de decisiones proferidas por esta corporación, subrayó que la inexactitud obnubila el

consentimiento del asegurador cuando sucede en determinadas y precisas circunstancias, pero aquel no puede invocar la nulidad cuando tuvo la oportunidad de ponderar el estado del riesgo, con base en situaciones advertidas o advertibles durante la etapa de formación del contrato, bien sea que se perciban a partir de la declaración del tomador o de pesquisas apoyadas por expertos, pues ahí puede decidir libremente y contratar sin vicio.

Con base en esa misma metodología, resaltó que la ley le asigna efectos al conocimiento presuntivo del asegurador, al punto de cercenarle la posibilidad de alegar la reticencia sobre hechos que ha podido y debido conocer, lo cual ocurre cuando se contrae a guardar silencio o renuncia a la realización de valoraciones que no requieren de pesadas cargas, una vez es enterado de hechos ciertos que le sirven para elucidar las circunstancias que rodean el riesgo.

Enfatizó que el asegurador no puede asumir una actitud pasiva o «*de mero espectador*», pues no está a su arbitrio dejar la declaración del estado del riesgo a la sola voluntad del tomador, e incurre en culpa si deja de conocer los vicios de la declaración a partir su experiencia y actuar diligente, máxime cuando la guarda del principio de la buena fe demanda la obtención de información recíproca.

Transcribió el texto de cada una de las declaraciones de asegurabilidad, resaltando que el tomador declaró que no padecía de diabetes u obesidad; además, se refirió al documento expedido el 7 de junio de 2016, adjuntado con la

póliza de seguro de vida, en el cual manifestó que gozaba de buena salud y autorizó la consulta de la historia clínica; y, ponderó la solicitud de aseguramiento, acotando que se advirtieron las consecuencias de la declaración reticente e indagó sobre el padecimiento de diabetes.

Estimó que no mediaba controversia sobre la diabetes mellitus que padecía el tomador, la cual fue diagnosticada desde el año 2009, y que no la declaró ante la aseguradora, a pesar que en cada una de las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó si la padecía.

Además, era consciente que tenía dicha enfermedad, pues emitió la comunicación de 5 de agosto de 2010, en donde invocó la calidad de «paciente diabético» y autorizó a su hermano a retirar la historia clínica, y también sabía que era obeso, ya que se sometió a un by pass gástrico el 14 de diciembre de 2015.

Refirió que, el testigo Sergio Plinio Quiñones dijo haber estado presente en la suscripción de las pólizas, enfatizando que no escuchó que le hubieren preguntado al tomador sobre su estado de salud, y que la misma situación fue comentada por Sandra Paola Valencia, quien manifestó que lo acompañó a suscribir las pólizas en el año 2009.

No obstante, concluyó que el ocultamiento de la diabetes no obedeció al asesoramiento de Lina María Echeverry Mondragón, pues aunque el tomador apenas terminó la escuela primaria, no era posible que un hábil

comerciante hubiere firmado lo que le pusieron en frente, menos cuando la sola prima del seguro de vida individual alcanzaba los \$8.535.586.

Coligió que sí hubo ocultamiento de la diabetes, toda vez que la historia clínica revela que la enfermedad había sido diagnosticada desde el año 2009 y, persistía para el año 2015, según consta en nota dejada por el especialista en medicina interna, lo cual fue corroborado en el dictamen pericial.

Sin embargo, estimó que la aseguradora no podía conformarse con la declaración del estado del riesgo que le declaró el tomador, ni renunciar a la realización de valoraciones requeridas para ponderarlo, por cuanto éstas le hubieren permitido conocerlo a cabalidad.

Recordó que el tomador se sometió a un by pass gástrico en diciembre de 2015, pesaba 131 kilogramos, según consta en asiento de historia clínica registrado el 13 de noviembre de 2009, su ex esposa Sandra Paola Valencia Valencia, con quien convivió hasta el año «2009-2010», declaró que tenía obesidad y estaba muy gordo, mientras el testigo Sergio Plinio Quiñones estimó que su empleador pesaba «*ciento y pico*».

Frente a estos hechos, consideró que la obesidad, o si se quiere, el sobrepeso del tomador era visible para los funcionarios de la aseguradora, quienes no tenían que diagnosticar la obesidad mórbida, menos la diabetes, que

padecía el tomador, pero sí debían contemplar su sobrepeso y sospechar de la existencia de otras patologías, por cuanto dicho estado generalmente va asociado con otras enfermedades, tales como la hipertensión, la diabetes y el hipercolesterolemia, etc.

Por lo anterior, el asegurador dejó de obrar como un profesional diligente, pues no solicitó la historia clínica del paciente, ni le practicó exámenes médicos, medida que, a pesar de no ser legalmente obligatoria, sí era aconsejable para conocer cuál era el estado del riesgo que iba a asegurar, de modo que al no adoptar esos comportamientos, que sí debía desplegar en su condición de profesional del ramo de los seguros, no advirtió hechos atinentes a la salud del tomador que debía y podía conocer, cuestión que le impide alegar la nulidad relativa prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Además, desplegó comportamientos que no se acompañan con los dictados de la ubérrima buena fe, habida cuenta que demandó la nulidad relativa del contrato después de que los demandantes solicitaron el pago de las pólizas, aun cuando desde la suscripción del contrato se le autorizó la consulta de la historia clínica y percibió el pago de las primas; también, objetó la reclamación por una reticencia que no tiene que ver con las circunstancias en que falleció el causante.

Una vez descartó la nulidad relativa del contrato de seguro, hizo lo propio con la defensa denominada «no debe

existir una relación de causalidad entre inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado», aduciendo que la discusión era irrelevante, ya que la razón de la condena estribó en que la aseguradora podía y debía tener conocimiento del estado del riesgo, más recordó que la Corte Constitucional en algunas de sus sentencias, de las cuales menciona la T-282 de 2016, ha subordinado el reconocimiento de la nulidad relativa a la existencia de relación de causalidad entre la información omitida y el siniestro.

Luego, recabó que no existe la obligación legal de practicar exámenes médicos antes de la celebración del seguro, pero enfatizó que esta situación no constituye una dispensa para que la aseguradora deje de realizar las pesquisas que luzcan aconsejables para esclarecer el estado del riesgo.

Explicó que la responsabilidad reconocida era la contractual, orientada al pago de las cantidades estipuladas en las pólizas.

Descartó la ocurrencia de la prescripción ordinaria, pues aunque la muerte del tomador se produjo el 1º de noviembre de 2016, el término prescriptivo fue interrumpido con la presentación de la reclamación el 24 de marzo de 2017, y con la radicación de la demanda el 20 de febrero de 2019, *«máxime cuando, se reitera, el día 30 de octubre de 2018 las ahora demandantes convocaron a la aseguradora a la audiencia*

prejudicial de conciliación, la cual finalizó con constancia de no asistencia de fecha 28 de noviembre de 2018».

Finalmente, apuntó que los intereses deben ser reconocidos en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

III. LA DEMANDA DE CASACIÓN

La demandada formuló dos cargos contra la sentencia del Tribunal. El primero con fundamento en la causal 2º del artículo 336 del Código General del Proceso, y el segundo de acuerdo con la causal 1º de dicho estatuto.

IV. PRIMER CARGO

Aduce el recurrente que la decisión incurrió en violación indirecta de la ley sustancial, pues aplicó indebidamente los artículos 1058 (inciso tercero), 1158 y 282 del Código de Comercio y 282 del Código General del Proceso.

1.- En su consideración, el tribunal cometió errores de hecho, al dar por probado sin estarlo que: (i) El asegurado padecía obesidad mórbida en la época en que se celebraron los contratos de seguro, es decir, septiembre de 2015 y junio de 2016; (ii) La obesidad o sobrepeso del tomador era visible para los funcionarios de la aseguradora; (iii) El sobrepeso, por regla general, va acompañado de otras patologías, en

cuyo caso la aseguradora ha debido sospechar de su existencia.

Los mentados errores recaen tanto por la preterición del dictamen pericial, en el cual se resumió la historia clínica, y del testimonio de Sergio Plinio Quiñones, como por la suposición de una regla de experiencia, que parte de entender que las personas con sobrepeso tienen otras enfermedades.

2.- Respecto del dictamen pericial, el perito destacó que la información de la historia clínica era escasa y correspondía a las visitas del paciente a los centros médicos para recibir atención de urgencias o ser hospitalizado.

También consignó que el paciente consultó en el servicio de urgencias del Centro Médico Imbanaco en noviembre de 2009, por presentar síntomas de cetoacidosis diabética, el cual se asumió como debut de la diabetes mellitus; en dicha ocasión fue catalogado con obesidad mórbida, se registró un peso de 131 kilogramos, sin incluir anotaciones sobre la talla y el índice de masa corporal.

En septiembre de 2015, acudió al referido centro, por celulitis en el miembro inferior derecho como consecuencia de una picadura de insecto; en esa oportunidad, se registró que se encontraba en tratamiento de fenofibrato para una hipertrigliceridemia, ingería glimepiride y metformina para el seguimiento de la diabetes mellitus, y menciona que era poco adherente a los cambios en su estilo de vida.

Luego, el perito al absolver la pregunta orientada a que informara las patologías que sufría el paciente, respondió que una de ellas era la obesidad mórbida, la cual padecía desde 2008, añadiendo que era potencialmente curable; al contestar interrogante sobre el estado de esa dolencia, adujo que no era clara, aunque se registraba obesidad clasificada como mórbida en 2008 y 2009.

Posteriormente, en la aclaración de la experticia, se le indagó si el paciente estaba tratando sus enfermedades de manera adecuada, tomando los medicamentos de acuerdo a las indicaciones y realizando los tratamientos ordenados por el médico, y que, de ser así, informara si las patologías mejoraban o empeoraban; ante lo cual, respondió que *«No, ya que la historia clínica se halla fragmentada y hace referencias a visitas al servicio de urgencia y hospitalizaciones por eventos emergentes, y no se encuentra un seguimiento a las patologías crónicas del paciente»*.

Entonces, el dictamen pericial acreditaba que el asegurado tenía obesidad mórbida en el año 2009, pero no indica cual era el estado de las patologías en el momento de la celebración de los contratos de seguro.

Sin embargo, el tribunal expresó que el asegurado padecía de obesidad mórbida, atendiendo a la consulta de 13 de noviembre de 2009, en la que se registra un peso de 131 kilogramos y consigna esa enfermedad como antecedente; y aseveró que *«no podía exigirse que los asesores diagnosticaran*

propiamente la obesidad mórbida que padecía el causante», dando por sentado que el tomador tenía esa patología para la época de celebración de los contratos de seguro.

Así, el colegiado incurrió en errores de hecho al apreciar la historia clínica del asegurado, pues extendió una patología registrada en 2009 hasta las calendas en que se ajustaron los contratos de seguro, esto es septiembre de 2015 y junio de 2016; y también pretirió el contenido de la experticia, la cual no contiene un seguimiento de las enfermedades crónicas del paciente.

3. Además, dio por demostrado sin estarlo, que el sobrepeso del asegurado era visible para los funcionarios de la aseguradora, pues en el pie de página ocho (8) se mencionó, que cuatro pólizas fueron tomadas antes de la realización de la cirugía bariátrica, bajo el entendido de que el tomador pesaba 104 kilos, según anotación de la historia clínica registrada el 18 de septiembre de 2015; y, que la póliza restante se firmó después de ese procedimiento quirúrgico, cuando el paciente registraba un peso que oscilaba entre 98 y 95 kilos, conforme a los asientos en enero y octubre de 2016.

Conclusión que constituye una conjetura, pues no puede deducirse que la demandada tuviere sobrepeso para la época del aseguramiento, por cuanto tenía una altura de 1.78 centímetros, que le permitía disimular un peso de 98 a 100 kilogramos, por ende, los funcionarios de la aseguradora

no podían deducirlo a partir de la contemplación de su contextura.

4. Frente al testimonio de Sergio Plinio Quiñones, mencionó que él dijo haber estado presente cuando se suscribió la póliza de vida, refirió que esta fue llevada a la casa de la mamá del tomador, y que *«los documentos fueron diligenciados por la señora Lina»*, quien no le preguntó al tomador sobre su estado de salud.

De dicha declaración, se deduce que la documentación de la póliza fue diligenciada en casa del tomador, pero no se desprende que el testigo hubiere informado que ropa traía puesta al asegurado, si aquel se había sentado, el sitio en que sentó la asesora de la aseguradora, la distancia que mediaba entre ellos y las condiciones de iluminación del recinto, a pesar de que esas referencias hubieren dado luz sobre las circunstancias del aseguramiento.

Por lo anterior, endilga al tribunal la materialización de error de hecho, pues apoyado sobre un dato escueto sobre el peso del tomador, registrado en una fecha muy anterior a la celebración del contrato, dedujo que la obesidad mórbida del causante era ostensible y notoria para la aseguradora, pero no citó criterios adicionales para apoyar la falta de diligencia que le atribuyó.

5. El colegiado cometió error de hecho por suposición de prueba, por cuanto *«al dar por probado que el sobrepeso va acompañado de otras patologías»*, y que en este caso *«la aseguradora*

ha debido sospechar de su existencia en la persona del asegurado», pues con la primera afirmación, «crea una inquietante regla de la experiencia», consistente en que «la obesidad, de por sí, ordinariamente va de la mano de otras patologías, tales como la hipertensión, diabetes, etc.».

Con dicha máxima, se tergiversó el ámbito de aplicación de la institución del conocimiento presuntivo del asegurador previsto en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, pues, de un lado, se desconoce que los funcionarios de la aseguradora son legos en el campo médico, cuando se les asigna la carga de detectar, a simple vista, las enfermedades que pueden sufrir los tomadores, y de otro, se les impone el deber de sospechar de las declaraciones de asegurabilidad, pasando por encima de la obligación de declarar el estado del riesgo que recae sobre el tomador y del principio de buena fe que preside el contrato de seguro.

Por este motivo, el colegiado pasó por alto que el consentimiento presuntivo del asegurado debe ser analizado con mesura, pues se desprende cuando el asegurador, por su calificado oficio, conoció o debía conocer de las vicios de la declaración de asegurabilidad, pero no restarle mérito a relevantes inexactitudes o reticencia sin razón atendible; lo anterior porque corroboró la reticencia en que incurrió el tomador, pero se negó a declarar la nulidad relativa del contrato del seguro, a partir de sospechas que no debían tener los funcionarios de la aseguradora, y pese a que no había pruebas de una conducta negligente.

CONSIDERACIONES

1.- La causal segunda de casación, consagra la afrenta indirecta de la ley sustancial que puede tener origen en el error de derecho derivado del desconocimiento de una norma probatoria, o por error de hecho manifiesto y trascendente en la apreciación de la demanda, de su contestación, o de una determinada prueba. El error de hecho por indebida apreciación de medios de convicción se configura cuando el vicio emerge abrupto y ostensible, de manera que, analizado el contenido material de las pruebas, en contraste con las conclusiones a las que arribó el juzgador por efecto de su valoración, salte de bulto la disconformidad. Para demostrar la existencia de un defecto de ese calado, es preciso que la apreciación probatoria que propone la censura sea la única admisible, toda vez que *«no resulta suficiente presentar deducciones antagónicas a las expuestas en la sentencia, porque ellas solas no tienen entidad para demostrar desacierto alguno»* (SC11294-2016).

2.- Además, no puede perderse de vista que los juzgadores gozan de autonomía en la valoración probatoria en orden a establecer el mérito demostrativo y la credibilidad que le ofrezcan los medios de convencimiento, de ahí que el cumplimiento de esa labor judicial solo puede ser cuestionado por la existencia de un yerro fáctico manifiesto y trascendente.

3.- En esa medida, para la demostración de un cargo soportado en la causal segunda de casación no es suficiente

realizar afirmaciones o negaciones amplias, generales o panorámicas relacionadas con el tema probatorio, con independencia de que puedan resultar pertinentes en relación con las conclusiones censuradas, sino que es menester acometer frontalmente el reproche contra los argumentos del fallador para efectuar sus deducciones fácticas, lo que exige una exposición detallada que deje al descubierto que, en realidad, el error es evidente y su incidencia en la decisión adoptada.

Sobre el particular, en sentencia de 11 de marzo de 1999, se determinó que:

«Esta Corporación ha expresado en múltiples fallos que cuando asume su esencial deber de actuar como Tribunal de casación, solamente puede ocuparse de los precisos asuntos que le someta a su consideración el impugnante,, y únicamente puede aplicar las valoraciones del sentenciador relacionadas con temas de hecho cuando formulando un ataque se muestra la comisión de un error trascendente que aparezca de manifiesto en los autos, es decir, "yerro que emerja con esplendor bajo su sola circunstancia "de su enunciación". (Cas. Civ. de 17 de junio de 1964, Nro. 107, pág. 228). Es por ello que siempre se ha sostenido por la Corte, en aras del criterio que se acaba de sentar, que el error de hecho se estructura cuando el juicio probatorio del sentenciador es arbitrario o cuando la única ponderación y conclusión que tolera y acepta la apreciación de las pruebas sea la sustitutiva que proclama el recurrente; por el contrario, si la conclusión a la que llegó el ad-quem, luego de examinar críticamente el acervo probatorio se halla dentro del terreno de la lógica y lo razonable, en oposición a la que del mismo estudio extrae y propone el censor en el cargo, no se genera el yerro de facto con las características de evidente y manifiesto, por cuanto en dicha situación no hay absoluta certeza del desatino cometido por el tallador en la providencia motivo de impugnación»

En idéntico sentido, en sentencia de 23 de febrero de 2001, se indicó que:

«[e]n materia de conclusión probatoria, son entonces las de índole contraevidente las únicas que., por claro mandato de la ley, dan cabida a la casación, debiendo entenderse por ellas, según la jurisprudencia de la Corte, los juicios del sentenciador alejados en tal forma de la realidad del proceso, que resultan absurdos o sin ninguna justificación frente a ésta. Por ser 'precisamente esa la característica de éste yerro, la Sala ha manifestado que por contrario que resulte a los intereses de un recurrente el resultado probatorio sacado por el sentenciador, esa sola circunstancia no estructura por sí misma error de este linaje, sino en cuanto ella no encuentre ninguna correspondencia en las distintas alternativas surgidas del examen objetivo de los medios de convicción, o cuando el resultado probatorio que propone el recurrente como consecuencia del mérito de la acusación es la única alternativa posible. No por existir, pues, la posibilidad de que una de las partes traiga del acervo probatorio conclusiones diversas a la del sentenciador, esta última deviene sin más en contraevidente, y de ahí que, cual lo ha puntualizado con insistencia la Corte, sea necesario que la labor del recurrente se encamine a demostrar el error visiblemente grave del juzgador» (sentencia de Casación Civil del 24 de septiembre de 1998) (En cas. civ. de 23 de febrero de 2001; exp: 6399).

4.- 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 mercantil¹; (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

¹ SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 27 de febrero de 2012, Exp. 11001 3103 002 2003 14027 01

probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución²; (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 – asegurado³; (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 aseguramiento⁴; (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 encomendó⁵; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad,

² SC de 26 de abril de 2007, Exp. 11001-31-03-022-1997-04528-01

³ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473.

⁴ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473; SC de 1 de septiembre de 2010, Exp. 05001 3103 001 2003 00400 01.

⁵ SC de 19 de mayo de 1999, G.J. t. CCLVIII, pág. 185; SC de 9 de diciembre de 2004, Exp. 1994-14978-02

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 expresamente⁶.

4.1.- 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 en la 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.

4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las

⁶ SC de 18 de octubre de 1995, Exp. 4640; SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 1 de abril de 2002, Exp. 6825; SC de 26 de abril de 2007, Exp. 1997-04528-01, SC2803 de 4 de marzo de 2016, Exp. 005001 31 03 003 2008 00034 01

averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.

4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presunto no es un remedio general para indultar o condonar 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 que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar.

En este punto, se destaca, por su mayor claridad, la exposición sobre el tópico contenida en la sentencia SC de 11 de abril de 2002, Exp. 6825, donde se acotó que:

«Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con la nulidad del seguro las declaraciones viciosas que le impidieron conocer el real estado del riesgo, le exige que sea diligente, que use de esos especiales conocimientos que debe de tener en razón de ser un profesional, a fin de percatarse del real estado del riesgo, lo cual conlleva en muchas ocasiones un análisis de delicado equilibrio por parte del juzgador a efectos de que no quede en letra muerta la sanción de la nulidad relativa por reticencias so pretexto de que el asegurador no indagó por sí mismo por el real estado del riesgo, pues ésta no es obligación que la ley le imponga, sino deber profesional que es dable sopesar en cada caso, mediante un análisis obviamente posterior, pero en el cual el juzgador debe mentalmente ubicarse antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, a fin de verificar cómo debió haber actuado el asegurador frente al riesgo que se le propuso asumir. De allí que la Corte, en reciente ocasión haya señalado que “le corresponde al intérprete del seguro, en

particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstancias determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba» (Sentencia del 2 de agosto de 2001, Exp. 6146)

5.- En el caso examinado, el tribunal fundamentó su decisión en que: (i) Jimmy Valencia Rentería, como tomador de cinco pólizas, cuatro de bancaseguros y una de seguro de vida, en el interregno transcurrido entre septiembre de 2015 y junio de 2016, ocultó la diabetes mellitus y la obesidad mórbida que padecía cuando menos desde noviembre de 2009, a pesar de ser expresamente inquirido en los cuestionarios incorporados en la declaración de asegurabilidad de cada una de las aseguranzas; (ii) aunque los actores atribuyeron dicha omisión, a la falta de asesoramiento del funcionario que recogió la documentación, a saber Lina Echeverry Mondragón, trayendo como apoyo al testigo Sergio Plinio Quiñones, el argumento no es admisible porque el tomador, a pesar de su escasa escolaridad, era un hábil comerciante, que por demás, invertía una cantidad significativa en el pago de las primas; (iii) a pesar del ocultamiento, la aseguradora no actuó como un profesional diligente durante el trámite del aseguramiento, pues, en tal calidad podía y debía conocer la información callada por el asegurado; (iv) lo anterior, porque sus funcionarios pudieron apreciar el estado de sobrepeso, del entonces candidato a tomador, pues él era una persona obesa, como

dio cuenta el peritaje fincado sobre la historia clínica, las declaraciones de parte y el testimonio de Sergio Plinio Quiñones; y, (vi) si bien, esa contemplación, no implicaba, para la aseguradora, el deber de diagnosticar de un vistazo las patologías del paciente, en especial, la diabetes mellitus, sí surgía la posibilidad de sospechar de la existencia de potenciales enfermedades, ya que la regla de la experiencia sugiere que las personas con sobrepeso suelen tener comorbilidades asociadas, como la misma diabetes y la hipercolesterolemia; y, (vii) de haber disipado la sospecha, a través de la práctica de un examen médico, o de la solicitud de la historia clínica, hubiere arribado al conocimiento de las comorbilidades que el paciente dejó de declarar.

6.- Bajo esa óptica, cualquier desliz del juzgador en la apreciación probatoria ha debido atacarse a partir del desacierto del raciocinio que lo condujo a esas deducciones, tarea que resultó frustránea, según pasa a explicarse.

7.- Los argumentos expuestos por el casacionista para denunciar la materialización de errores de hecho, son susceptibles de agruparse en dos ejes temáticos, en el primero se cuestiona al tribunal por deducir que el tomador tenía obesidad mórbida para la época de suscripción de las pólizas de seguro, mientras en el segundo se le critica por deducir que los funcionarios de la aseguradora debían conocer del sobrepeso del tomador y sospechar de la existencia de enfermedades asociadas a dicho estado.

8.- Para soportar el primer grupo de inconformidades, se sostuvo que el dictamen pericial fue mal apreciado, pues se dio por probado sin estarlo que el tomador tenía obesidad para la data de ajuste de las aseguranzas, ya que al extender la vigencia de un peso registrado en la historia clínica a una época muy posterior al asiento, se terminó pretermitiendo, que la experticia se refiere a: (i) la escasez de la historia clínica; (ii) las atenciones surtidas en noviembre de 2009, y septiembre de 2015, en el Centro Médico Imbanaco; (iii) la posibilidad de curar la obesidad mórbida; y, (iv) la imposibilidad de determinar si el paciente se había adherido al tratamiento, o tenía pronóstico de mejorar o empeorar.

9.- Con el fin de evaluar los argumentos con que se sustenta el error de hecho enrostrado al fallador, debe memorarse cuál fue el contenido del dictamen pericial, para verificar si su ponderación fue resultado de una ostensible desatención fáctica.

En la experticia se sintetizó la historia clínica, precisando que el resumen *«se hace en base a la información allegada la cual es escasa y corresponde a las visitas a dos centros médicos para atención de urgencias y hospitalización»* (folio 662 del cuaderno principal), pero se explicó en que consistieron las consultas surtidas en enero de 2008, noviembre de 2009, septiembre de 2015 y diciembre de 2015.

Al referir las patologías del tomador, contestó que eran tres *«obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo 2, hipertrigliceridemia»*,

(folio 662) precisando desde qué fecha las padecía, anotó que la primera *«fue documentada por primera vez en 2008»* (folio 663), aunque *«no significa que no la padeciera antes»*, en la segunda *«la información es contradictoria»*, pues *«en 2008 se establece que el paciente tenía un antecedente de dicha dolencia»*, pero *«en 2009 se menciona que la enfermedad debuta ese año con una cetoacidosis»*, y la tercera *«se registró por primera vez en el 2018»*, pero *«esto no significa que no la padeciera antes»* (folio 663).

A renglón seguido, explicó el tratamiento médico que recibía el tomador para afrontar esas tres enfermedades, acotando que para la obesidad mórbida tenía *«sugerencia de cambios en su estado de vida y una gastrectomía vertical»*, para la diabetes mellitus tipo 2 debía aplicarse *«en diferentes momentos, metformina, insulina NPH, insulina regular y glimepirida»*, y para la hipertrigliceridemia debía tomar *«fenofibrato»* (folio 663).

Luego, contestó si las enfermedades tenían cura, anotando que la obesidad mórbida *«es potencialmente curable»*, la diabetes mellitus *«se puede controlar y en algunos casos curarse, aunque la definición de la cura sigue siendo controversial»* y la hipertrigliceridemia *«dependiendo de la causa puede llegar a ser curable»* (folio 663).

Explicó los propósitos de la formulación de los medicamentos que, en diferentes momentos, se le prescribieron al paciente, aseverando que el fenofibrato *«es para el tratamiento de la hipertrigliceridemia»*, la metformina, glimepirida y vilgagliptina son para tratar la diabetes mellitus, la primera *«disminuye la producción hepática de glucosa»*,

la segunda *«incrementa la secreción de insulina»*, y la tercera *«potencia el efecto incretina aumentando la secreción de insulina»* también, refirió que tanto la insulina regular como la NPH *«son formas de insulina humana para tratar la diabetes mellitus»* (folio 664).

Después indicó que *«se puede observar que el paciente conocía de sus enfermedades puesto que las refiere como antecedente personal»* (folio 664); frente a este tópico, en la aclaración del peritaje, respondió que la mención de antecedentes en una consulta médica, *«significa que bien ha sido informado de padecer esta condición o de alguna manera ha llegado a la conclusión de que padecía esta condición»* (folio 671), manifestó que era posible que el tomador supiera de sus enfermedades desde el momento de su diagnóstico, porque de estos *«se derivaron en algunos casos tratamientos médicos de los cuales el paciente aparentemente tenía conocimiento, porque las refirió en consulta posterior y tratamientos quirúrgicos que fueron realizados al paciente»* (folio 673), y aseveró que podía tener conocimiento de su dolencia debido a la prescripción de insulina *«ya que es un medicamento que se administra en forma inyectada y su uso se limita casi de manera exclusiva a los pacientes que tienen diabetes»* (folio 674).

Finalmente, cuando se le preguntó si el paciente *«estaba tratando las enfermedades de manera adecuada, es decir, tomándose los medicamentos conforme a las indicaciones, realizando los tratamientos ordenados por el médico»*, y *«si al seguir dichas indicaciones sus patologías estaban mejorando o empeorando»*, respondió que *«No»*, por cuanto, la historia clínica *«está fragmentada y hace referencia al servicio de urgencias y hospitalizaciones relacionados en esos elementos emergentes»*, pero *«no*

se encuentra un seguimiento de las patologías crónicas del paciente» (folio 674).

10.- Una vez descrito el contenido del dictamen pericial, se colige que el tribunal no realizó una exposición pormenorizada de su contenido, pero sí le asignó mérito probatorio cuando indicó que acreditaba que el paciente había ocultado información sobre su estado de salud, pues allí se corroboró que le habían diagnosticado la diabetes mellitus *«desde años atrás»,* y que *«persistía para el 2015, según consta en la anotación dejada por el especialista en medicina interna».*

Dicha valoración luce consonante con el contenido del dictamen, pues lo utiliza para deducir que el paciente ocultó información sobre las enfermedades que padecía con anterioridad al aseguramiento, lo cual es adecuado dado la exposición que hizo el perito sobre las maneras en que el tomador podía conocer las patologías que se le diagnosticaron; y, también lo emplea como insumo para determinar que la dolencia persistía para el año 2015, atendiendo el resumen de la consulta de medicina interna llevada a cabo en diciembre de esa calenda.

11.- Ahora bien, como comenta el recurrente, en la experticia, se mencionó que la historia clínica estudiada se reconducía a cuatro ingresos para atención de urgencia u hospitalización, verificados en enero de 2008, noviembre de 2009, septiembre de 2015 y diciembre de dicha anualidad; se discurrió sobre las posibilidades de curar las enfermedades del paciente, entre ellas la obesidad mórbida;

y, se indicó que la información disponible era insuficiente, para responder si el paciente había tomado los medicamentos, seguido el tratamiento, o tenía pronóstico de mejoría o agravamiento.

12.- Sin embargo, no puede deducirse error de hecho, porque el juzgador hubiere dejado de incluir esos acápites de la prueba en la parte motiva de la sentencia, por cuanto esto desconocería su facultad de ponderar las pruebas en conjunto y seleccionar del contenido de estas lo más relevante para estructurar la premisa fáctica de la decisión.

Además, no se advierte que dicha información se subsuma dentro de la tesis planteada por el casacionista, consistente en que no había prueba de que el paciente padeciera de obesidad para la época de suscripción de las aseguranzas cuyo cumplimiento se reclamó en el proceso, ya que ese aserto no es mencionado literalmente por el perito en el dictamen y su aclaración.

En efecto, de la información cuya preterición se endilga, no se desprende que el asegurado no padeciera de obesidad mórbida o diabetes mellitus para la época de la celebración de los contratos del seguro, por el contrario, del peritaje, confeccionado a partir de la historia clínica, se colige que el paciente tenía esas enfermedades, cuando menos, en el lapso comprendido entre noviembre de 2009 y diciembre de 2015, tal como lo identificó el tribunal, cuando se refirió al peso tomado en la primera fecha, y la subsistencia de dichas patologías para la segunda data.

Para rematar, el planteamiento del reproche termina naufragando en una contradicción lógica, pues al predicarse que el juzgador se equivocó al dar probado sin estarlo que el paciente tenía obesidad y diabetes para la época de celebración del contrato, necesariamente debía plantear y comprobar que el peritaje cuya preterición denuncia acreditaba la situación contraria, es decir, que no padecía de esas dolencias para esa calenda, lo cual no ocurrió, y no contentarse con sostener que no había registro del peso para la víspera de suscripción de los contratos de seguro.

Admitir lo contrario, conduciría al desconocimiento del principio lógico de identidad, conforme al cual una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo, que para el caso se traduciría en que el tomador no puede tener un peso adecuado o superior en una misma época, amén de desconocer que el juzgador podía deducir el estado de salud para la época de ajuste, esto es, septiembre de 2015 y junio de 2016, con base en el registro del peso en fechas razonablemente cercanas, tal como lo hizo al recurrir a las anotaciones tomadas antes y después de la cirugía bariátrica, llevada a cabo el 14 de diciembre de 2015, máxime cuando en este punto no está sometido a tarifa legal.

13.- Con miras a soportar el segundo grupo de inconformidades, se sostuvo que el tribunal supuso que la aseguradora podía conocer del sobrepeso del asegurado, a partir de: (i) el cercenamiento del testimonio de Sergio Plinio Quiñones; (ii) el registro de peso referido en dos asientos de

la historia clínica, sobre los cuales se planteó una conjetura en el pie de página No. 8 de la parte considerativa; y, (iii) una regla de la experiencia desprovista de soporte científico.

Conviene recordar el contenido del testimonio de Sergio Plinio Quiñones, quien manifestó que *«trabajé como jefe de seguridad del señor Jimmy Rentería Valencia»* (min. 8:35 a 8:40) y, *«lo conocí durante tres años, trabajé con él un año»* (min. 8:50 a 8:55), precisando que *«permanecíamos con él siempre en todos los lugares donde estaba, pero normalmente ... yo era el que estaba con él... en todo su círculo íntimo en todo estaba yo presente»* (min. 8:19 a 9:31).

Al ser interrogado sobre el oficio de su empleador, comentó que era *«comerciante, viajaba a Panamá a traer mercancía, ropa y tenía un establecimiento de licores»* (min 10:09 a 10:14), y respecto de la residencia dijo que vivía *«con la esposa y los hijos»* (min. 11:38 a 11:40).

Fue indagado sobre los seguros asumidos por su jefe, acotando que, sí los tomó, *«en Bancolombia, septiembre de 2015, fueron tres o cuatro, él fue a abrir una cuenta a Bancolombia, le ofrecieron unos seguros y él los tomó»* (min. 13:57 a 14:12), aquí dijo que en ese momento no estaba presente *«pero sé que se los ofreció una asesora cuando él abrió la cuenta y él los tomó, y en el 2016 tomó otro seguro»*, (min. 14:17 a 14:31), aunque luego indicó que *«estaba pendiente de la seguridad, pero sí estuve a un lado, cuando el asesor le ofreció los seguros, y luego los tomaron»* (min. 14:48 a 15:02).

Refirió que su jefe hizo *«hasta quinto de primaria»* (min 8:16 a 18:18), pero al discernir sobre su pericia laboral aseveró que *«él era muy hábil en sus negocios que hacía, en su ropa, en sus negocios»* (min. 18:49 a 18:57); al contestar si aquel era fácil de engañar, observó que *«puede ser una persona muy hábil, pero todos tenemos un momento en que fallamos»* (min. 19:09 a 19:32); e indicó que la letra del tomador era normal.

Con posterioridad, cuando fue interrogado sobre el conocimiento que tenía sobre el estado de salud de su empleador, expuso que *«estaba normal, él siempre estaba normal»* (min. 21:55 a 21:57), enfatizando que *«él estaba bien de salud, lo único era que estaba con peso relativamente, unos ciento y pico de kilos, pero no padecía ninguna enfermedad»* (min. 21:59 a 22:18); sin embargo, expresó que el tomador *«estuvo hospitalizado porque él se hizo un by pass»* (min. 22:35 a 22:37), aclarando que *«él se lo hizo porque tenía obesidad, pero no porque él estuviere enfermo, por estética se hizo eso, y quedó delgado»* (min. 22:52 a 23:45); cuando se le preguntó si aquel ingería medicamentos, contó que *«no, él era muy dado a la medicina alternativa, medicina, esta, natural, pues del pueblo, era de Buenaventura, entonces creía mucho en su medicina natural del pueblo»* (min. 26:24 a 26:40); y, expresó que aquél no se quejaba de ningún padecimiento.

Frente a la póliza de seguro de vida, afirmó que se suscribió en el 2016, pues *«él estuvo presente, fui yo quien lo pago con una niña Lina»* (min. 15:13 a 15:23), al preguntársele si le habían preguntado a su empleador sobre su estado de salud, adujo que *«no, el asesor le ofreció los seguros y él los tomó»* (min.

16:14 a 16:19), y luego dijo que *«la niña le colocó varios documentos allí, ella los llenó, firmó y hasta ahí»* (min. 17:41).

Cuando se le preguntó sobre las circunstancias que rodearon la firma de la póliza de vida, declaró que fue firmada *«en el sur, en el Barrio Piedad Córdoba, en la casa de la mamá»* (min 24:53 a 24:56), reiterando que estuvo presente en dicho acto, aquí, al responder si la aseguradora indagó sobre el estado de salud del tomador, contestó que *«en ningún momento, del estado de salud no dijo nada, porque nunca escuche que le hubieren preguntado, si estaba enferma o si tenía esto o lo otro»* (min 24:08 a 24:18); y, respecto de su conocimiento sobre las condiciones de la aseguranza, especificó que *«la niña le preguntó, por cuanto la iba a tomar, ella le ofreció lo que ella tenía, eran los montos, llegaron a quinientos setenta, el valor y, luego le preguntó cuáles eran los beneficiarios, y él le dio los nombres, ella misma estaba llenando todo»* (min. 29:08 a 29:32).

14.- El *ad quem* valoró de modo expreso la atestación, resaltando que el testigo presencié la suscripción de la póliza, no recuerda si su empleador fue indagado sobre su estado de salud y que en ese punto coincidía con la declaración de Sandra Paola Valencia; empero, consideró que esas manifestaciones no concordaban con lo expresado por el tomador en cada una de las pólizas contratadas, y que por esa razón no eran atendibles, ya que no era posible que un hábil comerciante hubiere firmado lo que le pusieron de presente, máxime cuando esto implicaba una erogación considerable.

Luego, recordó que el testigo estimaba que su jefe pesaba alrededor de ciento y pico. En ese momento, encontró que el testimonio concordaba con el interrogatorio de parte de los demandantes, la declaración de Sandra Paola Valencia Rentería, quien estimaba que su exesposo era obeso, y con los asientos de la historia clínica que registraban un peso de 131 kilogramos para el 13 de noviembre de 2009 y la práctica de un by pass gástrico en diciembre de 2015.

15.- El censor cuestionó dicha hermenéutica probatoria, argumentando que el testigo manifestó que la póliza fue suscrita en casa de la mamá del tomador y su diligenciamiento estuvo a cargo de la funcionaria de la aseguradora, pero que de dichas respuestas no se desprende que hubiere referido circunstancias que permitieran inferir que la obesidad era visible para la aseguradora, tales como la ropa traía puesta, si estaba sentado, el sitio en que sentó la asesora de la empresa, la distancia que mediaba entre aquella y el tomador, y las condiciones de iluminación del recinto.

16.- Puestos los dos extremos de comparación, despunta que el juzgador tuvo en cuenta manifestaciones del testigo, que efectivamente fueron realizadas, conforme a las cuales el asesor de la aseguradora no inquirió al tomador sobre su estado de salud, durante el procedimiento que condujo a la suscripción de la póliza, y descartó su mérito bajo el entendido de que el candidato a asegurarse ocultó información sobre su estado de salud al diligenciar las declaraciones de asegurabilidad, y que no se justificaba que

un comerciante rubricara lo que le pusieron por delante, menos cuando era una decisión importante desde la arista económica. Entendimiento que, por demás, no es disputado por el casacionista.

De otro lado, se avista que recogió la referencia que el testigo hizo en torno al peso de su empleador, para enlazarla con otros medios probatorios, tales como los interrogatorios de parte, entre ellos el de Sandra Paola Valencia y, los asientos en la historia clínica relativos al peso tomado el 13 de noviembre de 2019 y la cirugía surtida en diciembre de 2015, para inferir que el sobrepeso del tomador era contemplable por la empresa del riesgo.

Aquí se advierte que la inferencia en comento, parte de articular un hecho que el testigo refirió textualmente, al dar respuesta a una pregunta en la diligencia que absolvió, con los elementos de juicio ya mencionados, para arribar a la conclusión desdeñada por la censura, deducción, que se itera, no es el resultado exclusivo del testimonio sometido a examen, sino de la apreciación en conjunto de varias probanzas.

De ahí que le correspondiera al casacionista, comprobar que el colegiado incurrió en error de hecho en el análisis de las pruebas contempladas para construir esa inferencia, pues todas ellas contribuyen a soportar la conclusión desdeñada, la cual está llamada a permanecer incólume mientras no se derriben todos los fundamentos que la soportan. Empero, tal laborío no se desplegó, ya que se

contrajo a desdecir del testimonio, sin enrostrar errores a la apreciación de las declaraciones de parte, aunado a que el reproche realizado respecto de la ponderación del peritaje fue inerte.

17.- Por demás, el casacionista no demostró que el testigo no hubiere emitido la manifestación que el tribunal utilizó para construir esa inferencia, la cual sí fue mencionada durante el testimonio; por el contrario, pretende hallar la pifia fáctica en aspectos que no fueron referidos por el testigo, como son la iluminación del recinto, la postura del tomador y el intermediario, o su respectivo vestuario, desconociendo que el juzgador no tenía que tenerlos en cuenta, esto sí, por ser ajenos al contenido de la prueba cuya indebida valoración denuncia en esta sede extraordinaria.

Cumple precisar que el censor debe demostrar el error y su ostensibilidad, es decir, que sea notorio e identificable con la simple observación de la prueba, sin necesidad de acudir a alambicados razonamientos o ejercicios especulativos; en otros términos, demanda dar cuenta de la sinrazón de la ponderación del tribunal, y hacer ver que la interpretación ofrecida por el recurrente es la única admisible.

No obstante, ese laborío no se cumple cuando se enfoca el juicio del tribunal sobre la base de aspectos que no se encuentran incorporados en el medio de prueba cuya apreciación se tilda de incorrecta, pues proceder semejante

es extraño al examen de yerros de facto que se realiza en casación, que necesariamente recae sobre el contenido material de cualquiera de las probanzas incorporadas al plenario, pero no sobre conjeturas del recurrente sobre situaciones que éstas no plasman.

18.- Alrededor de los cuestionamientos realizados a la ponderación de la historia clínica, en especial, de los referidos en la nota de pie de página ocho de la motivación del fallo censurado, se recuerda que en esta se dijo, que:

«debe tenerse en cuenta que las cuatro pólizas de bancaseguros fueron tomadas antes de la realización del by pass gástrico, registrando la historia clínica para el 18 de septiembre de 2015 un peso de 104 kilos y un diagnóstico de obesidad II y que para el momento de tomar la póliza de seguro de vida individual el señor Valencia aún pesaba entre 98 y 95 kilos como lo refleja la nota en la historia clínica en las atenciones de enero y octubre de 2016».

Juicio controvertido por el recurrente, quien lo cataloga como una mera conjetura, argumentando que el tomador ostentaba una altura de 1,78 metros, la cual le permitía disimular su peso.

Por tratarse de una referencia al pie, también debe recordarse cuál fue el contexto en que fue citada, que corresponde a los siguientes motivos de la sentencia enjuiciada:

«En este asunto, tampoco es motivo de discusión que el señor JIMMI VALENCIA RENTERÍA en el mes de diciembre del año 2015 se sometió a un bypass gástrico y que de contera, era una persona obesa como así aparece consignado en su historia clínica desde el año 2009 (folios 218 y ss. donde se registra para el 13 de noviembre de 2009 un peso de 131 kilos) y como así lo informaron

los propios demandantes en sus interrogatorios de parte: la señora SANDRA PAOLA VALENCIA (ex – esposa del causante que vivió con él hasta el año 2009-2010) dijo que el señor Valencia Rentería tenía obesidad, estaba muy gordo, mientras que el testigo Sergio Plinio Quiñones dijo que el peso de su empleador era de unos ciento y pico

Conforme con lo anterior, para la Sala la obesidad o, si se quiere, el sobrepeso del señor Valencia Rentería, aspecto visible para los funcionarios de la aseguradora 8 , debió llevar a que ésta realizara indagaciones adicionales sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas si se tiene en cuenta que si bien no podría exigirse a los asesores que diagnosticaran propiamente la obesidad mórbida que padecía el causante, toda vez que ésta ostenta unas características médicas particulares (como el índice de masa corporal) y menos aún la diabetes, si les era exigible que ante el sobrepeso del tomador sospecharan de otras patologías, **pues bien es sabido que la obesidad por regla general va aparejada con otros padecimientos** tales como la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, etc.».

19.- Acorde con esta contextualización, se deduce que en el párrafo donde se citó el pie de página, se concluyó la inferencia probatoria construida en líneas que le antecedieron, en la que, tras ponderar el asiento de la historia clínica de 13 de noviembre de 2009 y diciembre de 2015, los interrogatorios de los demandantes, la declaración de Sandra Paola Valencia y el testimonio de Sergio Plinio Quiñones, se coligió que los funcionarios de la aseguradora podían contemplar la obesidad, o el sobrepeso, del tomador.

En esos términos, se deduce que el propósito de la nota de pie de página ocho (8) fue proporcionar un apoyo, o abundar en razones, para sostener la conclusión de esa inferencia, es decir, la visibilidad del sobrepeso del candidato a tomador para la víspera del aseguramiento, pero el razonamiento que respalda fue edificado sobre la base de otros medios de prueba.

De ahí que, antes, de enrostrarle desatino a la evaluación probatoria de la referencia de pie de página, que se insiste fue citada como razón accesoria para respaldar la inferencia elaborada sobre la base de otras probanzas, debía socavar los cimientos sobre las cuales fue edificado el razonamiento principal, pero tal carga no fue cumplida por el casacionista, quien, en modo alguno, demostró que éste hubiere sido determinado por la comisión de error de hecho en alguna de las pruebas utilizadas para construirla, y que esté desatino la tornó contraevidente.

20.- Al margen de lo anterior, el casacionista no esgrimió motivos que permitan poner en entredicho la debida contemplación de la prueba tenida en cuenta para soportar el razonamiento del pie de página, esto es, los asientos de la historia clínica extendidos el 18 de septiembre de 2015, «enero» y «octubre» de 2016. En efecto, tales anotaciones registran que el tomador pesaba 104, 98 y 95 kilogramos, respectivamente, de modo que no se observa que el tribunal hubiere cercenado o supuesto la información que allí se consigna.

21.- El último reproche del censor, se centra en que el tribunal supuso la existencia de una prueba, cuando consideró que el sobrepeso va acompañado de otras patologías, ya que con esta afirmación creó una regla de la experiencia desprovista de soporte científico, y partiendo de esta coligió, equivocadamente, que la aseguradora debía sospechar que el tomador tenía dichas enfermedades.

22.- Verificado el último párrafo de la sentencia, de los que se transcribieron con antelación, se observa que el colegiado: (i) a partir de la inferencia ya comentada, determinó que los funcionarios de la aseguradora podían percibir el sobrepeso del tomador; (ii) esa situación, no implica que contara con la facultad de diagnosticar la diabetes o la obesidad mórbida, padecida por aquél, ya que estas tienen características médicas particulares; pero, (iii) sí le permitía sospechar de la existencia de patologías en la persona del asegurado, pues, «*por regla general*», la obesidad va acompañada de otras enfermedades, de las cuales cita la diabetes o la hipercolesterolemia.

A partir de ahí, se colige que, el tribunal dedujo que los funcionarios de la aseguradora podían percibir sensorialmente el sobrepeso del tomador, y que partiendo de esa percepción debían sospechar que dicho estado estaba acompañado de otras dolencias, aplicando para tal propósito, una regla de la experiencia, consistente en que las personas obesas suelen tener enfermedades.

23.- Las reglas de la experiencia son criterios utilizados para establecer si un hecho está probado; se infieren por el juzgador, partiendo de la apreciación de situaciones que ocurren en la vida, y de consecuencias que generalmente suceden; se distinguen porque puede ser identificadas por cualquier persona de conocimientos medios en un contexto determinado, toda vez que se reconducen al sentido común; debido a su naturaleza experiencial no están compendiadas

en estatuto sustantivo, por ende su aplicación es una cuestión de hecho, no de derecho, por ende las desavenencias que se susciten respecto de ellas han de estudiarse bajo el sendero de la vía indirecta, ora por la comisión de errores de hecho o de derecho en la valoración las pruebas utilizadas para deducir su aplicación en el caso concreto.

La utilización de las reglas de la experiencia para ponderar medios probatorios incorporados al expediente es cuestión íntimamente vinculada a la autonomía con que cuenta el juzgador para apreciar el contenido del conjunto probatorio y de cada elemento convictivo en particular, en la medida en que tiene que ver con la selección de los estándares, pautas o criterios que emplea para examinar el plenario con sujeción a los dictados de la sana crítica.

Por estas razones, en línea de principio, la selección y aplicación de la máxima de la experiencia no es susceptible de atacarse en sede de casación, pues de admitirse, esa posibilidad con amplitud se terminaría interfiriendo abruptamente en la metodología empleada por el juzgador para dirimir el caso, asumiendo atribuciones propias de la instancia, que como es sabido, son extrañas a la decisión de este recurso extraordinario.

23.1. Sin embargo, admiten un control residual, el cual se presenta cuando se cometen errores de hecho manifiestos y trascendentes en la evaluación de las pruebas, que sirvieron de base para aplicarla, ya que en este caso el

proceso de subsunción carecería de sindéresis, en la medida en que se emplearía la máxima como criterio de ponderación de hechos contraevidentes; también, cuando su aplicación conduzca a la infracción de disposiciones que gobiernen la ritualidad probatoria o el aporte de pruebas al proceso, es decir, a un error de derecho.

Así mismo, el control, también comprende el evento, en que so pretexto del recurso a las máximas de la experiencia se termina empleando un parámetro contrario u opuesto a la razón, siempre que su aplicación conduzca a la pifia fáctica, materializada en el cercenamiento, tergiversación o suposición de determinada prueba, que sea manifiesta y trascendente para la adopción de la decisión que finalmente se adoptó.

23.2. Al abordar las máximas de la experiencia, el tratadista Manuel de Plaza, refirió que:

«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>>»⁷.

23.3. Así mismo, el tratadista Hernando Morales Molina, apuntó que:

«Las máximas de la experiencia constituyen pues, normas de apreciación probatoria inducidas de las realidades de la vida y fruto de la estimación de los hechos, ya que se fundan en lo que generalmente sucede. Se deducen por cualquier persona sana de mente y de tipo medio en determinado lugar. Por eso varían según las peculiaridades geográficas, económicas, sociales y raciales. Algunos las llaman standars jurídicos, o sea reglas de sentido común. Otros distinguen cualitativamente entre estos y aquellos, según se funden en reglas de derecho o reglas de conducta social.

Pero debe distinguirse entre la apreciación de los hechos que configuran dichas conductas, que es lo que depende de la discrecionalidad del juez de instancia, de que ellos sean los exigidos por la ley para la configuración de determinada conducta, pues este aspecto, si cae bajo el control de la casación, ya que estimar como constitutivos de culpa, v.gr., hechos que revelan prudencia y diligencia, implicaría craso error de hecho y por ende contraevidencia.

En los supuestos indicados, el juez emplea las máximas de la experiencia para establecer si un hecho se acomoda o no a la conducta o inconducta prevista en la norma sustancial para que ésta opere, ya que para apreciar tales conceptos se acude al resultado de las observaciones de muchos casos, de conocimiento general. El juez entonces aplica su experiencia y observación, sobre pruebas que le ayudan a precisar las conductas en el proceso en relación con los hechos concretos, llegándose inclusive a los hechos notorios que no requieren prueba, porque constituyen constantes sociales de objetiva apreciación, a los cuales debe reconocerse esta categoría en un momento dado dentro de cada país o región»⁸.

23.4. Al respecto, la Sala en SC3249-2020, adveró que

⁷ DE LA PLAZA, Manuel. La Casación Civil. Madrid: Editorial Revista de Derecho Privado. Reimpresión 2021, Págs. 263 y 264.

⁸ Morales Molina, Hernando. Técnica de Casación Civil. Bogotá, D.C: Ediciones Academia Colombiana de Jurisprudencia. Reimpresión de la segunda edición, diciembre de 2014, Pág. 162.

«(...) De ahí que deba decirse que si el sentenciador valoró determinada prueba en forma arbitraria e irracional, es decir, distanciado de toda lógica, o si es manifiestamente absurda su inferencia respecto de ella por haber aplicado una inexistente regla de la experiencia, o haber dejado de aplicar una que en criterio del censor debió tomarse en cuenta, tal yerro de estimación probatoria constituye un error de hecho que debe demostrarse como tal, no de derecho, cabalmente porque, como ya se dijera, las máximas de la experiencia no son normas jurídicas cuyo quebrantamiento sea el medio que conduzca a la violación de la norma sustancial.

Quiérese poner de presente, entonces, que si, como ha quedado establecido, el sistema de valoración de las pruebas se fundamenta en la libertad del juzgador para discernir sobre ellas, librado, por consiguiente, de las ligaduras propias de la tarifa legal, es patente, igualmente, como ya lo dijo esta Corporación, que él “goza de autonomía o, mejor, soberanía en el ejercicio de tal labor, sin que le sea dado a la Corte, como tribunal de casación, imponer límites a esa facultad legal o establecer confines dentro de los cuales ella puede realizarse, pues de ese modo la tasa legal que el estatuto procedimental repudia, se vería sustituida por una tarifa de carácter jurisprudencial.

*“Como la soberanía del juzgador de instancia en el punto no puede desbocarse hacia la arbitrariedad, cabalmente, porque su ponderación debe ser razonada, es decir, fundada en el sentido común y las máximas de la experiencia, la labor del recurrente en casación sube de punto cuando trata de cuestionar la crítica que de la prueba haga el Tribunal, pues puede acontecer que éste la hubiese percibido en su realidad objetiva, solo que al razonar sobre ella, o sea, al pasarla por el tamiz que el sentido común y las reglas del saber empírico conforman, le reste credibilidad, de modo que sería vana una confrontación entre lo que el medio dice con lo que el Tribunal afirmó de él, desde luego que en tal evento ambos coincidirían. **Por el contrario, debe circunscribirse a demostrar que el fallador, desligado de toda lógica y sensatez, valoró antojadiza e inicua la prueba, o que la supuesta regla de la experiencia de que se vale, raya en lo absurdo, o porque se equivoca manifiestamente al creer ver en el proceso la hipótesis de aquella regla, sin que ella en verdad exista**” (casación del 24 de marzo de 1998). Y tal incorrección de la sentencia debe denunciarse, como ha quedado asentado y allí mismo se dijera, como un error de facto en la apreciación de la misma. [subraya intencional].*

(...) Infiérese de lo dicho que, en tal hipótesis, la acusación del recurrente debe orientarse a denunciar la comisión de un error de hecho en la apreciación de la prueba, no de derecho, cabalmente, porque dichas reglas carecen de contenido normativo, es decir, no son normas legales reguladoras de la actividad probatoria».

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.

Ahora bien, no se detecta que en la determinación de los supuestos fácticos sobre los cuales se aplicó la regla de la experiencia se hubiere incurrido en un error de hecho, toda vez que el reproche, en este especial tópico, se contrajo a decir que la máxima no estaba soportada científicamente

dentro del proceso, desconociendo que es un criterio valorativo que utiliza el juzgador dentro de la autonomía que la ley le otorga para valorar las pruebas con arreglo a la sana crítica, tal como se explicó en líneas anteriores.

Por lo expuesto, el cargo deviene frustráneo.

SEGUNDO CARGO

Esgrime el casacionista que el fallo del tribunal incurrió en violación directa del artículo 1058 del Código de Comercio, pues interpretó equivocadamente el alcance de dicha preceptiva.

El tribunal, después de concluir que la aseguradora había dejado de ser diligente por no advertir hechos que debía y podía conocer sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas, la cuestionó por incoar la nulidad relativa después de que los beneficiarios presentaran la reclamación, y por alegar la reticencia por hechos que no tienen que ver con las circunstancias en que se produjo la muerte del tomador.

Argumentación que no comparte, pues desconoce que la obligación del tomador de declarar con sinceridad el estado del riesgo, se remonta a la etapa anterior a la contratación, y tiene por objetivo garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del asegurador, protegiéndolo del fraude del tomador, sin que interese la razón del ocultamiento de la

información, es decir el dolo o la culpa, ni los móviles concretos que determinaron al tomador a declarar de modo reticente o inexacto.

Expuso que la disposición infringida no consagra un límite temporal para que el asegurador pueda invocar la nulidad relativa derivada de la inexactitud o reticencia, ni supedita su alegación a una forma procesal específica, ya que puede aducirse como acción, es decir mediante la promoción de un proceso judicial para el reconocimiento de esa invalidez, o como excepción, para resistir el litigio que en su contra se promueva para obtener el pago de las cantidades determinadas en la póliza.

Así las cosas, el tribunal no podía distorsionar el alcance de la norma en comento, recortando la posibilidad de incoar la nulidad relativa hasta antes de la presentación de la reclamación, ni menos catalogar su invocación posterior como conducta contraria a la probidad contractual, máxime cuando el descubrimiento de la reticencia, por regla general, se produce cuando el asegurador examina los comprobantes presentados para acreditar los requisitos del artículo 1077 del Código de Comercio, lo cual ocurre, con independencia de que se haya autorizado la consulta de la historia clínica desde la suscripción del contrato.

Estimó que el tribunal incurrió en desatino, por sostener que no es adecuado que la aseguradora objete la reclamación por circunstancias que no se relacionan con la manera en que se materializó el deceso del tomador, por

cuanto dicha interpretación desconoce que el artículo 1058 del Código de Comercio, no condiciona la sanción de nulidad a la relación de causalidad entre reticencia y siniestro ulterior, por el contrario, la reconduce al quebrantamiento de la carga de declarar con sinceridad el estado del riesgo, resaltando así el principio de buena fe que preside la relación aseguraticia.

También, pasó por alto que la sanción de nulidad relativa responde a criterios objetivos, consistentes en que la reticencia o inexactitud, de ser conocida por el asegurador, hubiere conducido a que no se celebrara el contrato o hacia la estipulación de condiciones más onerosas para el tomador.

Ignoró que el contrato celebrado, mediando el incumplimiento del tomador de su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, conduce inexorablemente a la declaración de nulidad relativa, pues dicha sanción reprime la conducta del tomador contraria a la buena fe contractual, que se exterioriza durante la etapa formativa del contrato, sin que interese que el siniestro se produzca por una causa relacionada, o no, con la reticencia, ya que este es un hecho que ocurre durante la ejecución del negocio.

Agregó, que el entendimiento del tribunal desconoce la sentencia C-232 de 1997, mediante la cual se declaró la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, entre otras razones, bajo el entendido, de que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo sumerge al contrato en el error, cuya ocurrencia debe ser declarada, con

independencia de consideraciones extemporáneas sobre la relación entre reticencia y siniestro.

Finalmente, le atribuye al colegiado la emisión de una afirmación que le otorgó prioridad a una sentencia de tutela, en concreto la T-282 de 2016, sobre la citada sentencia de constitucionalidad, desconociendo que la primera tiene efectos inter partes y la segunda consecuencias erga omnes; aunque precisó que la aserción fue expuesta por el sentenciador, luego de calificar como irrelevante a la discusión planteada en la excepción de mérito denominada *“no debe existir una relación de causalidad entre inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado”*.

CONSIDERACIONES

1.- El recurrente centró su ataque por la vía directa, aduciendo que el tribunal interpretó erróneamente el artículo 1058 del Código de Comercio.

2.- La admisibilidad del ataque por la vía directa es incompatible con el planteamiento de debates probatorios, ya que en esta causal se presupone la aceptación del análisis fáctico realizado en la sentencia opugnada, por consiguiente la censura debe circunscribirse a la inobservancia de normas jurídicas sustanciales, bajo las modalidades de falta de aplicación, interpretación errónea o aplicación indebida.

3.- Antes de analizar el reproche planteado, debe examinarse si cumple con los requisitos establecidos para atacar una sentencia en casación, pues aunque se hubiere superado el examen de admisibilidad de la demanda, la connotación extraordinaria del recurso impide pronunciarse de mérito sobre un ataque mal formulado, toda vez que carecería de sentido entrar a resolver sobre cuestionamientos ajenos a la providencia censurada (desenfocados), desprovistos de la incidencia necesaria para modificar el sentido de la decisión de instancia (intrascendentes), o despreocupados de arremeter en contra de los fundamentos basilares que condujeron al fallo opugnado (incompletos).

4.- Con respecto a la regla de completitud, se recuerda que para el reproche casacional sea admisible se necesita que conduzca a infirmar todas las motivaciones que determinaron al *ad quem* a expedir la sentencia controvertida, por consiguiente, no serán admisibles las desavenencias que omiten por completo dicha crítica, por centrarse en asuntos ajenos al litigio o al planteamiento de alegaciones de instancia; o que solo la cumplen parcialmente, por reconducirse a cuestionar específicos pilares de la decisión, pero dejando incólume el peso de otros cimientos que la soportan.

En este orden, se recalca que las sentencias atacadas en esta sede extraordinaria están cubiertas por una presunción de acierto y legalidad, la cual acompaña a la integridad de la fundamentación jurídica y apreciación fáctica que condujeron a su parte resolutive, de manera que

cuando el casacionista abandona en todo, o en parte, la disputa respecto de este conjunto de razonamientos se entiende que acepta la corrección de la porción que dejó de atacar, y que esta es suficiente para mantener la sindéresis de la providencia.

5.- Entre otros pronunciamientos, la corporación ha abordado la regla de completitud en el recurso de casación, ilustrando que:

«En cuanto refiere a la precisión que debe caracterizar los cargos, se ha dicho también que ‘resulta indispensable que, entre otros aspectos, exista una ‘relación’ entre la ‘sentencia y el ataque que se le formula’ (auto de 19 de noviembre de 1999, Exp. No. 7780), simetría que debe entenderse, además, según recientemente puntualizó la Corte, ‘como armonía de la demanda de casación con la sentencia en cuanto a la plenitud del ataque, es decir, porque aquella combate todas y cada una de las apreciaciones jurídicas y probatorias que fundamentan la resolución’ (auto de 8 de agosto de 2003, Exp. No. 40301, que hace eco de otro anterior, G.J. CCLV-116).

Como la sentencia tiene una arquitectura lógica, soportada en los argumentos y pruebas que fueron basilares para la solución del litigio, la impugnación, para que sea precisa, debe recorrer el itinerario inverso al seguido por el Tribunal, para así derruir todos y cada uno de los pilares que sirven de apoyatura a la decisión jurisdiccional.

Así las cosas, se reiteró que ‘los cargos en casación han de ser totalizadores, lo viene pregonando de continuo la Corporación, pues aunque ‘el recurrente acuse la sentencia por violación de varias disposiciones civiles, la Corte no tiene necesidad de entrar en el estudio de los motivos alegados para sustentar esa violación, si la sentencia trae como base principal de ella una apreciación que no ha sido atacada en casación, ni por violación de la ley, ni por error de hecho o de derecho, y esa apreciación es más que suficiente para sustentar el fallo acusado’ (LXXI, pág. 740; LXXV, pág. 52; CXLVIII, pág. 221. Sent. Cas. Civ. de 29 de septiembre de 2004, Exp. 4664)». (Casación Civil de 21 de febrero de 2001, Exp. 05001-3103-007-2001-00263-01, reitera Casación Civil de 22 de enero de 2007, Exp. 54405-31-89-001-1994-00184-02).

6.- Conforme a dicha explicación, luego de revisar la sentencia se divisa que su razón medular fue la aplicación del inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, el cual regula un supuesto de excepción a la sanción de nulidad relativa derivada de la reticencia del tomador, edificada sobre el consentimiento presunto del asegurador sobre el estado del riesgo, el cual se materializa cuando aquel conoció o debió conocer circunstancias sobre las que versan los vicios de la declaración de asegurabilidad.

En efecto, a pesar de que el sentenciador estudió la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo que recae sobre el tomador, y de concluir que la desatendió, cuando dejó de informar la diabetes mellitus que padecía desde antes de la suscripción de las aseguranzas, estimó que la aseguradora no fue acuciosa y diligente en su investigación sobre el objeto del aseguramiento, en la medida en que contempló la obesidad - o sobrepeso - del candidato a tomador, y dejó de sospechar que tal circunstancia era indicativa de otras enfermedades, que podían detectarse antes de asumir la cobertura del riesgo.

7.- Con base en esta recapitulación, se observa que el censor, en el planteamiento de este cargo, centró su ataque, únicamente, sobre el acápite de la sentencia, en donde se cuestiona su probidad contractual por haber demandado la nulidad relativa de los seguros con posterioridad al recibo de su reclamación, y por objetar esta última con base en hechos ajenos a la causa del siniestro.

Por este motivo, al margen de la posición, que pudiere tener la corporación, en torno a los reproches realizados por el sentenciador a la oportunidad de la acción de nulidad y la razonabilidad de la reclamación, lo cierto es que su estudio no debe acometerse en esta sede extraordinaria, por cuanto el cargo nada dijo respecto del argumento central de la providencia cuestionada, esto es sobre la aplicación de la norma sustancial contentiva de la dispensa de nulidad concebida sobre el consentimiento presunto del asegurador, es decir, el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio.

8.- Así las cosas, sin perjuicio de que se concordara o discrepara del fondo del embate del recurrente, es nítido que conforme a la sustentación del cargo, quedó incólume la fundamentación jurídica expuesta por el colegiado tanto para entender que el asegurador podía conocer la información ocultada por el tomador, como para abstenerse de reconocer la excepción de nulidad relativa de la aseguranza, toda vez que el censor, cuando soportó este cargo por infracción directa, nada dijo respecto de la interpretación o aplicación del inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, atinente a la institución del conocimiento presunto o presuntivo del asegurador sobre hechos o circunstancias del estado del riesgo.

No puede admitirse interpretación contraria, pues el tribunal consignó, de manera expresa, cuál fue el argumento crucial de su decisión, pues al dirimir la excepción denominada *«no debe existir una relación de causalidad entre*

inexactitud o reticencia y el siniestro ocasionado», manifestó que la discusión allí planteada, «termina siendo irrelevante en el presente litigio por cuanto se termina de condenar a la aseguradora con fundamento en lo previsto en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, como ampliamente se explicó líneas atrás» (folio 35 del pdf de sentencia de segunda instancia).

9.- Y, tal situación era conocida por el censor, pues al formular el cargo afirmó que:

*«En la sentencia impugnada, **después de concluirse que** mi representada había dejado de ser un asegurador acucioso y diligente por no advertir hechos que debió o pudo conocer sobre el real estado de salud del tomador de las pólizas -en clara muestra de subjetividad judicial-, **el Tribunal añadió, a manera de colofón,** dos reproches puntuales a Suramericana: el primero, por haber ejercido la acción de nulidad de los contratos de seguro celebrados entre las partes, después de que los beneficiarios presentaron la reclamación para que les fueran pagados los valores asegurados mencionados en cada una de las cinco pólizas expedidas y, el segundo, por alegar una reticencia del asegurado que no tenía relación con las circunstancias en las que se produjo su muerte» (Énfasis es de la Corporación).*

Así las cosas, emerge que aquel comprendía que la deducción del conocimiento presuntivo del asegurador era la columna vertebral del fallo, y que el éxito del recurso extraordinario se circunscribía a demostrar la sinrazón de dicho argumento; sin embargo, dirigió sus esfuerzos a demeritar la juridicidad de razones expuestas como «adición» o «colofón», sin formular reproches sobre la aplicación o interpretación de la norma jurídica sustancial que sirvió de soporte central de la sentencia recurrida, consintiendo con su silencio en su acierto o corrección.

Por ende, el cargo no prospera.

10.- Debido al fracaso del recurso de casación, se condenará a la recurrente a pagar las costas causadas durante su trámite, lo anterior de acuerdo con el numeral 1º del artículo 365 del Código General del Proceso.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil y Agraria, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: NO CASAR la sentencia proferida el 1º de diciembre de 2020, por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, Sala Civil, en el proceso que se dejó plenamente identificado al comienzo de este proveído.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta sede extraordinaria a la parte recurrente. Para su cuantificación, inclúyase el equivalente de diez s.m.l.m.v. como agencias en derecho.

Cópiese, notifíquese, cúmplase y, en oportunidad, devuélvase el expediente al Tribunal de origen.

MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ

Presidente de Sala

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO

LUIS ALONSO RICO PUERTA

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Firmado electrónicamente por

Martha Patricia Guzmán Álvarez
Presidente

Hilda González Neira
Magistrada

Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo
Magistrado

Luis Alonso Rico Puerta
Magistrado

Octavio Augusto Tejeiro Duque
Magistrado

Francisco Ternera Barrios
Magistrado

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en artículo 103 del Código General del Proceso y el artículo 7 de la ley 527 de 1999

Código de verificación: AF25B4E4612FE739DB095DF3F3735C16D301909995564D8E982FBDE972C5726B
Documento generado en 2023-07-11



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

Magistrado ponente

SC3791-2021

Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01

Aprobado en sesión virtual de veintiséis de noviembre de dos mil veinte

Bogotá, D. C, primero (1º) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

Se decide el recurso de casación que interpuso BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., contra la sentencia de 18 de diciembre de 2013, emitida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil-Familia de Descongestión, en el proceso seguido por Manuel Antonio Palacio Torres, quien cedió los derechos a Silvestre Marcelo Aroca Cotes, frente a la entidad recurrente.

1.- ANTECEDENTES

1.1. La pretensión. El demandante solicitó declarar la existencia de los seguros grupo de vida, con cobertura de incapacidad total permanente, y de accidentes personales.

Como consecuencia, condenar a la convocada a pagar las sumas aseguradas con intereses moratorios.

1.2. Los hechos. El actor ajustó con la convocada los dos amparos citados. Los valores asegurados ascendieron a \$40'000.000, el de vida e incapacidad total permanente, y a \$200'000.000, el de accidentes personales. Ambos vigentes desde el 27 de abril de 2007, hasta el 27 de abril de 2008.

El 19 de enero de 2008, el precursor sufrió un accidente de tránsito. Las fracturas de columna y brazo sufridas le ocasionaron pérdida de la capacidad laboral en el equivalente al 96.59%. Así lo dictaminó, el 12 de junio de 2008, la Fundación Médico Preventiva. Y el 22 de agosto, siguiente, la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar.

El Instituto de Medicina Legal, por su parte, determinó una incapacidad definitiva de sesenta días. Además, secuelas médico legales permanentes en la deformidad física y en la perturbación funcional tanto del miembro superior derecho como del órgano de locomoción.

El accionante se desempeñaba en el magisterio. Las valoraciones efectuadas por neurología, neurocirugía, fisioterapia, medicina interna y medicina laboral, conllevaron a decidir la separación del cargo que desempeñaba.

La aseguradora objetó la reclamación. Adscribió las lesiones del accidente a una pérdida de capacidad laboral solo del 34.96%. Las demás patologías eran anteriores, no

cubiertas por la póliza. El fundamento es falso. La Junta de Calificación de Invalidez de manera alguna hizo distinción. Fuera de esto, estaba obligada a practicar todos los exámenes antes de perfeccionar el seguro y ocurrir el siniestro. Sin embargo, se abstuvo de hacerlo.

1.3. La réplica. La interpelada resistió las pretensiones.

1.3.1. Relacionado con el seguro de vida y cobertura de incapacidad permanente, adujo nulidad relativa. Argumentó enfermedades preexistentes: ácido péptico con hernia hiatal, artritis erosiva y astigmatismo.

El actor no declaró las dolencias. En el formulario dispuesto, por el contrario, señaló que *«nunca había padecido problemas de estómago, duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo, ni había sufrido problemas de salud no contemplados en el cuestionario»*.

1.3.2. Asociado con la póliza de accidentes personales, adujo *«ausencia de cobertura»* de las lesiones sufridas.

En su sentir, la desmembración y la incapacidad total permanente estaba cubierta cuando las lesiones corporales eran consecuencia directa y única de un accidente amparado. No obstante, el porcentaje de incapacidad laboral establecido provenía de múltiples patologías, en tanto, las cobijadas solo ascendían al 34.96 %.

1.4. El fallo de primer grado. El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar, el 18 de mayo de 2012, declaró infundadas las defensas y condenó a la entidad accionada a pagar las sumas aseguradas con intereses moratorios.

1.5. La segunda instancia. Confirmó lo decidido, al resolver la alzada de la demandada.

2. RAZONES DEL TRIBUNAL

2.1. La reticencia o inexactitud del tomador del seguro acerca del estado del riesgo, como causa de nulidad relativa, debía ser de tal entidad que hubiera retraído al asegurador de celebrar el seguro o inducido a estipular condiciones más onerosas. El hecho no fue demostrado.

La relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo, no se refería, salvo pregunta expresa, a la gravedad de la dolencia padecida. Hacía relación al hecho que, conocido, *«hubiera permitido a la aseguradora tomar libremente a plena conciencia la decisión de asumir el riesgo en las condiciones iniciales o hacerlo en diferentes»*.

Cuando el tomador se sustrae a informar una enfermedad preguntada, permite entender que no la sufre. Si la padece, origina el contrato con la creencia de hechos que en realidad no existen. Y conduce a la aseguradora a *«emitir el consentimiento fundada en el error, lo cual se sabe, es un vicio del consentimiento generador de anulabilidad»*.

2.2. En el caso, el asegurado respondió negativamente el cuestionario presentado acerca de los problemas de salud inquiridos en aparatos, sistemas u órganos descritos. Con la demanda presentó copia de su historia clínica. Allí constaba que, en marzo de 2006, se le diagnosticó gastritis, hernia hiatal, artritis erosiva antral moderada y lumbago. Y esos padecimientos no los informó.

La reticencia o inexactitud pudo haber ocurrido. La aseguradora, empero, no debió contentarse con acreditar esos hechos. Le incumbía demostrar que, de haber conocido el estado de salud descrito, en efecto, la habría retraído de contratar. Como no cumplió la carga, no le asistía la razón.

2.3. El juzgado ordenó a la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar y La Guajira identificar la incapacidad laboral generada por el accidente de otras patologías.

La institución describió que el actor sufrió pérdida de fuerza en la mano derecha; dolor lumbar con irradiación esporádica a la pierna; imposibilidad para agacharse, subir, bajar escaleras, correr, caminar en punta del pie y talón, y para el movimiento de columna dorso lumbar.

Atribuyó los hallazgos al trauma de columna. Así mismo, *«una pérdida de capacidad laboral de 50.20 % según Decreto 917 de 1999 que, homologado para el Magisterio, queda en un porcentaje del 75.15 por ciento con origen en accidente común (tránsito) según decreto 3135 de 1968»*.

Las secuelas en la salud, por tanto, eran consecuencia del accidente de tránsito sufrido por el demandante. La prueba evacuada venía revestida de *«inmediación al ser el resultado del contacto directo con la víctima»*. Contrario a lo *«extruido de la realizada por la aseguradora BBVA que se basó únicamente en las historias clínicas»*.

2.4. En la póliza se impuso una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 75%. No obstante, si el artículo 38 de la Ley 100 de 1993, permitía acceder a la pensión cuando tal incapacidad era igual o superior al 50%, quiere decir que la restricción estipulada transgredía la ley.

Con todo, conforme al segundo dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, el porcentaje fue sobrepasado. Esto en virtud de la *«homologación que se hace al ser el tomador integrante del Magisterio»*.

2.5. Concluye así el Tribunal que el recurso de apelación no se encontraba fundado.

3. DEMANDA DE CASACIÓN

Los tres cargos formulados, replicados por la otra parte, la Corte los resolverá en el mismo orden. Aunque aunados los dos últimos por las razones que en su momento se dirán.

3.1. CARGO PRIMERO

Denuncia la violación directa, por interpretación errónea, del artículo 1058 del Código de Comercio.

Según la recurrente, el *ad quem* consideró que la reticencia o inexactitud del estado del riesgo, por sí, no era causal de nulidad relativa. Dijo que se requería demostrar, además, que la aseguradora, de haber conocido las circunstancias reales, la habría retraído de contratar o a incluir condiciones más onerosas.

En su sentir, la exigencia adicional era ajena a la norma. La equivocación estuvo en no tener como suficiente la acreditada reticencia e inexactitud.

3.2. CONSIDERACIONES

3.2.1. Fuera de discusión se encuentra que la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro. Así lo establece, en general, el artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio¹. Y lo reafirma, para el específico seguro de vida, el canon 1158, *ibidem*².

¹ «El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro».

² «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».

La pregunta a responder es si la prueba de la reticencia o inexactitud, sin más, era suficiente para decretar la nulidad relativa o implicaba demostrar algo adicional. En concreto, acreditar que el asegurador, de haber conocido la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos.

3.2.2. El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por «*todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural*».

En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de *ubérrima bona fidei*. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su inmediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.

Ello, sin embargo, no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «*prescinda del examen médico*» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de

corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia.

Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira la *«potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él»*³. Todo, dijo en otra ocasión, *«mediante (...) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos»*⁴.

La *uberrimae bonae fidei*, por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al *«mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas»*. De modo que le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de *«pesquisa»* como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio, sobre el entendimiento del texto en

³ CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528.

⁴ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

cuestión, en el antecedente de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es *«un postulado de doble vía (...) que se expresa - entre otros supuestos- en una información recíproca»*, tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el de el 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora.

De tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fe son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. Fundadas en el cuestionario o en su investigación en relación con el tomador, es como pueden asumir la determinación de no contratar o de hacerlo en condiciones más onerosas. La obligación emanada del 1058 es bifronte, cobija a las dos partes.

La regla, entonces, es que ninguno de los contratantes, mientras estuvo a su alcance, puede recargarse en el otro para evadir responsabilidad. El obrar de ambos debe estar guiado por una diligencia suma, especial, máxima. Y esto la diferencia de la exigida comúnmente en los demás negocios jurídicos. Así, relacionado con el estado de salud del potencial asegurado, por demás comprobable, el tomador debe declararlo sinceramente conforme al cuestionario propuesto, y la aseguradora, valorarlo a efectos de decidir si prescinde o no del examen médico⁵.

3.2.3. Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. Ello ocurre, por una parte, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, *in fine*, del Código de Comercio⁶), no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio asegurativo. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizoró para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.

⁵ Asociado con preexistencias, para la Corte constitucional, la empresa aseguradora es «negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso (...) a la póliza de vida grupo deudores» (Sentencia T-832 de 21 de octubre de 2010). Por esto, en otra ocasión acogió que una aseguradora «no puede alegar esta causal de nulidad (...), si no solicitó exámenes médicos al asegurado, o si habiéndolo hecho no especificó dentro del contrato las enfermedades que no cubría» (Sentencia T-609 de 9 de noviembre de 2010).

⁶ «Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debió conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allanó a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente».

Como tiene dicho esta Corporación, *«no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento»*⁷.

La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.

3.2.4. El problema surge cuando las reticencias o inexactitudes aún persisten. De un lado, por no haber sido conocidas real o presuntamente por la compañía aseguradora. Y de otro, cuando el empresario del riesgo no ha saneado los vicios sobrevivientes expresa o tácitamente. En estas hipótesis, las faltas susceptibles de dar al traste con el contrato de seguro también deben ser excepcionales.

Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son *«relevantes»*⁸. Para la jurisprudencia constitucional, *«siempre y cuando recaigan sobre hechos o*

⁷ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

⁸ OSSA G., J. Efrén. Teoría General del Seguro. El Contrato. Editorial Temis. Bogotá 1991. pág. 333

circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo»⁹.

En el mismo sentido esta Corporación al asentar:

«Ahora, es incuestionable que la ley no ha consagrado una pormenorizada relación de los hechos que determinan el estado del riesgo en el contrato de seguro (numerus clausus), sin que tampoco pueda pasarse por alto que las circunstancias que ofrezcan incidencia en un evento concreto, in casu, pueden carecer de ella en otro distinto. Por tal razón, compete al juez, en cada caso específico, dado que se trata de una quaestio facti, auscultar y validar, desde la óptica del singular contrato de seguro sub iudice, cuáles acontecimientos fácticos pudieran interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuáles no (juicio de relevancia o de trascendencia) (...)»¹⁰

Lo dicho implica demostrar la reticencia o inexactitud. Igualmente, la incidencia de los vicios en el consentimiento. Esto último sin aquello, desde luego, no es posible ponderar. Se trata, entonces, de requisitos que se encadenan. De ahí que también se debe probar cómo el asegurador, en el caso de haber conocido la información ocultada, tergiversada o falseada, se habría «retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas» (artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio).

3.2.5. La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción.

Los artículos 177 del Código de Procedimiento Civil y 167 del Código General del Proceso, así lo establecen. Según su tenor, «incumbe a las partes probar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas

⁹ Corte Constitucional. Sentencia C 232 de 15 de mayo de 1997.

¹⁰ CSJ, Civil. Sentencia de 12 de septiembre de 2002, expediente 7011.

persiguen». Principios que responden al aforismo «onus probandi incumbit actori; reus excipiendo fit actor».

El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador.

Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza *«(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato»*¹¹. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento.

3.2.6. En el caso, el Tribunal no encontró la prueba de la trascendencia o incidencia de las inconsistencias

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T-222 de 2 de abril de 2014. En últimas, como allí se indicó, la «reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe».

manifestadas por el actor, Manuel Antonio Palacio Torres, contenidas en la declaración del estado del riesgo, en la voluntad expresada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., la interpelada.

La recurrente no discute esa conclusión probatoria, inclusive, así sea equivocada. Su posición se justifica, en tanto, pone en entredicho es la hipótesis normativa a ser demostrada. Si fue adicionada desafortunadamente al artículo 1058 del Código de Comercio, esto, por sí, arrasaría lo discurrido en el campo de los hechos y su prueba. En caso contrario, se mantendría vigente, al margen del acierto.

El error *iuris in iudicando*, sin embargo, no se configura. El artículo 1058 del Código de Comercio habla de dos conductas. La del tomador o asegurado, respecto de las reticencias o inexactitudes en la descripción del estado del riesgo. Y la del asegurador, conocidas esas inconsistencias, la posibilidad de haberse *«retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas»*. Ambos hechos son los que, como se remata en el inciso final del mismo precepto, *«producen la nulidad relativa del seguro»*.

De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o

presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son nimias o insignificantes.

La trascendencia dicha, desde luego, no puede confundirse con el nexo causal del hecho que causa el siniestro. En el acta 73 del Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio se observó que *«no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro»*¹². Empero, que la reticencia o inexactitud se relacione o no con el hecho del infortunio, es algo totalmente distinto a la magnitud de la falta. Según la incidencia que haya tenido en el consentimiento, al fin de cuentas, es lo que va a determinar la nulidad relativa.

Relacionado con el requisito de la trascendencia, el Tribunal no se equivocó al exigirlo. La norma la contempla. Establece que la reticencia o inexactitud, como causa de nulidad relativa del seguro, tiene lugar cuando de haberla conocido el asegurador lo *«hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas»*.

3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha

¹² Asociación Colombiana de Derecho de Seguros "AcolDESC". Bogotá, Unión Gráfica Ltda. 1983. páginas 91 y ss

venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: 1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima *bonna fides*, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida¹³. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecuencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental

¹³ COLOMBIA, CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011.

del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. Este punto por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación *pro consumatore* de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela.

Sobre el particular, en reciente acción constitucional por unanimidad, en la radicación 11001-02-03-000-2020-00827-00, la Sala realzó la doctrina de la sentencia T-282 de 2016, donde se explican algunos de los criterios expuestos antes:

•En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. {...}

•22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la "reticencia", deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

•El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

•23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento

subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición» (negritas del texto original y subrayas de la Sala)

Sin embargo, la premisa de la causalidad a la que alude la tutela de la radicación 11001-02-03-000-2020-00827-00, al citar la sentencia T-282 de 2016, ya había sido expuesta por esta Sala en varias providencias, como en la siguiente:

*«Resulta tan significativo lo expuesto en los párrafos anteriores, que si la (...) aseguradora –en su oportunidad– hubiera conocido los (...) hechos alusivos al riesgo, muy **seguramente, dependiendo de su fuerza intrínseca, de su adecuación causal**, se hubiera abstenido de contratar o, por lo menos, no en las mismas condiciones económicas, criterio (...) prolijado por la codificación comercial para establecer, a manera de 'pronóstico póstumo', si en efecto las reticencias o las inexactitudes en que haya incurrido el otrora candidato a tomador, conforme a las circunstancias, **fueron determinantes de cara al juicio volitivo realizado por el asegurador, situación frente a la cual, en caso afirmativo, será procedente la declaratoria de la nulidad (...)***

*«(...) **Establecido lo que precede (...), se torna imperativo registrar que en la legislación colombiana, per se, no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intención del asegurador (...)**. De ahí que en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, **no por ello (...)** **abrirse paso la anulación (...)**, dado que en punto tocante con vicisitudes advertidas -o advertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo asegurativo (...) **el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege** asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa (...)¹⁴.*

Y esa forma de comprender la reticencia, vino a ser reiterada en la T-027 de 2019 por la Corte Constitucional,

¹⁴ CSJ SC. Sentencia SC de 2 de agosto de 2001, Radicación #6116.

enfatisando que la aseguradora debía acreditar: *i)* El 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, y *ii)* La mala fe al celebrar dicho negocio jurídico; carga que en el presente caso no se atendió. En este antecedente, dijo la homóloga constitucional:

«[...] [L]a carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

«[E]l deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

«[D]esplegar 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 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 (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado»¹⁵.

¹⁵ COLOMBIA, CConst. Sent. 027 del 30 de enero de 2019, Mg. Pon. Dr. Alberto Rojas Ríos.

3.2.7. El cargo, en consecuencia, se encuentra llamado al fracaso.

3.3. CARGO SEGUNDO

3.3.1. Acusa la violación de los artículos 1036, 1037, 1045, 1054, 1056, 1072 y 1077 del Código de Comercio, a raíz de la comisión de errores de hecho probatorios.

3.3.2. Según la censura, el Tribunal se equivocó al fijar la incapacidad del demandante, Manuel Antonio Palacio Torres, superior al 75%.

3.3.2.1. Desacertó al valorar el escrito de aclaraciones y complementación del dictamen elaborado por la Junta Regional de Invalidez.

Para el efecto se tomaron los parámetros del Decreto 917 de 1999. Conforme a esa normatividad el resultado de invalidez equivalía al 50,20%. El perito, no obstante, decidió aplicar el decreto 1335 de 1968, por cuanto el actor se *«desempeñaba como docente del magisterio»*. Esa consideración, dice, es jurídica, no fáctica, y es distinta al *«grado de invalidez en tratándose de un contrato de seguro»*.

3.3.2.2. Pretirió el testimonio de César Augusto Carrascal Anzoátegui, médico laboral, autor del dictamen aportado con la contestación de la demanda. En su declaración explicó que la incapacidad del precursor es

inferior al porcentaje estipulado (75%) para la ocurrencia del riesgo amparado en la póliza accidentes personales.

Acota, por esto, la incapacidad de la Junta Regional de Invalidez es equivocada. Resultaba de tomar patologías anteriores que aquejaban al demandante. Todo sin relación alguna con el accidente de tránsito. Y no era posible aplicar el decreto 3135 de 1968, como tampoco la normatividad del Código Sustantivo del Trabajo, pues el hecho del siniestro no ocurrió en ejercicio de la actividad laboral. Correspondía, entonces, era aplicar el Decreto 917 de 1999.

3.3.2.3. Cercenó el dictamen elaborado por César Augusto Carrascal Anzoátegui, aportado con la contestación a la demanda. Prueba con la cual se demostraba que las lesiones producidas en el accidente de tránsito ocurrido en enero de 2008, únicamente generaron una incapacidad equivalente al 34.96%. La experticia, sin embargo, fue descartada por haberse sustentado en la historia clínica y no en el examen directo del paciente.

3.3.3. Considera la recurrente, por tanto, que el fallo impugnado debe ser casado y proceder de conformidad.

3.4. CARGO TERCERO

3.4.1. Denuncia la violación directa de los artículos 1602 del Código Civil, 1056 del Código de Comercio y 38 de la Ley 100 de 1993.

3.4.2. Para la censura, el Tribunal se equivocó al confrontar la cobertura del contrato de seguro, una incapacidad total permanente superior al 75%, con la constitutiva de invalidez laboral, 50% o más, establecida en el régimen de seguridad social. Esto, para significar que aquella era contraria a esta última.

El error consistió en aplicar al régimen de los seguros comerciales privados el sistema de seguridad social. Lo mismo, al exigir, contrariando la autonomía privada, una incapacidad laboral igual o superior al 50%.

3.4.3. Solicita, en consecuencia, casar la sentencia del *ad-quem*, revocar la del juzgado y negar las pretensiones.

3.5. CONSIDERACIONES

3.5.1. El estudio conjunto de los cargos se justifica. Como se observa, ambas acusaciones se refieren al seguro de accidentes personales. Si bien el Tribunal consideró que la cobertura de incapacidad laboral amparado no debía ser superior al exigido en el sistema de seguridad social, cierto es, encontró que el porcentaje al respecto demostrado había sido superior al 75% estipulado en la póliza.

El cargo tercero, por tanto, solo tendría trascendencia en la hipótesis de quedar desvirtuado que el porcentaje de incapacidad laboral sufrido en el accidente era inferior a dicho 75%. En definitiva, la acusación enderezada por la vía directa, pende de lo que se fije probatoriamente en el punto.

3.5.2. Los errores de hecho en casación, bien se sabe, se refieren a la materialidad y objetividad de las pruebas. Por una parte, se asocian con su presencia física en el proceso. Por otra, con la fijación de su contenido. Lo primero ocurre cuando se omiten o se inventan. Y lo segundo, supuesta su verificación material, cuando se tergiversan por adición, cercenamiento o alteración.

Requieren para su estructuración, además, en cualquier hipótesis, que sean manifiestos o evidentes, esto es, perceptibles a los sentidos. Igualmente, trascendentes o incidentes, lo cual traduce en que hayan determinado la decisión final, en una relación necesaria de causa a efecto.

Las faltas, por lo mismo, deben referirse a cada prueba en particular. Si para verificarlas se confrontan medios, los errores serían inexistentes. Dicho trabajo supone que los distintos elementos de juicio fueron valorados en forma acertada en los campos material y objetivo. La labor de mostrar incompatibilidades, concatenaciones, exclusiones y conclusiones probatorias, o de controvertir la licitud o legalidad de las pruebas, corresponde a polémicas de raciocinio o de diagnosis jurídica y no de los sentidos.

Los problemas de fijación de hechos, menos pueden confundirse con su subsunción normativa. La violación directa de la ley sustancial implica para el recurrente aceptar todo el contenido fáctico en la forma como fue señalado por el Tribunal. En tal caso, los errores *iuris in iudicando* se relacionan únicamente con la aplicación, inaplicación y alcance de los preceptos que, conforme a los hechos establecidos, eran los llamados a gobernar el caso.

3.5.3. Las precisiones anteriores son de capital importancia hacerlas, en dirección de resolver los errores de hecho probatorios enrostrados.

3.5.3.1. Relacionado con la apreciación del escrito de aclaraciones y complementaciones del dictamen de la Junta Regional de Invalidez, los errores son inexistentes.

Para la censura, dicha prueba determinó una invalidez del 50.20%, todo de acuerdo con lo establecido en el Decreto 917 de 1999. Esto mismo lo advirtió el *ad-quem*, al concluir *«una pérdida de capacidad laboral de 50.20 % según Decreto 917 de 1999 que, homologado para el Magisterio, queda en un porcentaje del 75.15 por ciento con origen en accidente común (tránsito) según decreto 3135 de 1968»*.

En lugar de disensos probatorios lo que se aprecia son consensos. La divergencia radica es en las equivalencias consagradas para el personal *«docente del magisterio»*. Esa cuestión, como se advierte en el mismo cargo, atañe es a un *«asunto jurídico»*, no factual, por *«entero distinta a la*

determinación del grado de invalidez en tratándose de un contrato de seguro». En últimas, el problema sería de subsunción normativa del hecho probado.

3.5.3.2. La declaración del médico laboral, César Augusto Carrascal Anzoátegui, así como el dictamen que el mismo deponente realizó para ser aportado con la respuesta a la demanda, nada pudo ser valorado erradamente.

El Tribunal, simplemente, encontró desvirtuadas esas pruebas. Esto implica que la existencia material de tales medios no solo fue constatada, sino que su contenido no fue tergiversado. Distinto es que no se les haya dado crédito. De un lado, por venir revestido el dictamen de la Junta Regional de Invalidez de *«inmediación al ser el resultado del contacto directo con la víctima»*. De otro, porque la prueba sobre el particular proveniente de la *«aseguradora BBVA (...) se basó únicamente en las historias clínicas»*.

Las faltas, en la hipótesis de haber existido, serían de valoración de las pruebas en conjunto conforme a las reglas de la sana crítica. Independientemente de los porcentajes de incapacidad indicados en el dictamen aportado con la contestación de la demanda y en el testimonio del médico laboral, la aseguradora debió aplicarse a poner de presente que la prueba infirmada no era la aportada por ella, sino la que provenía de la Junta Regional de Invalidez.

3.5.4. Lo discurrido lleva a seguir que los errores estrictamente jurídicos denunciados en el cargo tercero, no

se configuran. La vida de los mismos pendía de desvirtuar las conclusiones del Tribunal que señalaban la homologación del porcentaje de incapacidad permanente superior al 75%, ciertamente, al pactado en la póliza.

Como tiene explicado la Corte, *«(...) cuando la sentencia se basa en varios motivos jurídicos, independientes, pero cada uno con fuerza suficiente para sustentar la decisión jurisdiccional, no es difícil descubrir que si la censura en casación es ineficaz para desvirtuar todos los soportes del fallo, porque permanece en vigor alguno que le mantiene su firmeza en derecho, el recurso no es susceptible de prosperar, aún en el supuesto de que fueran destruidos los motivos restantes de la sentencia acusada»*¹⁶.

Significa lo dicho que en el eventual caso de haberse equivocado el Tribunal al hacer actuar el porcentaje de incapacidad laboral establecido en el sistema de seguridad social, por encima del pactado en la póliza de accidentes personales, la sentencia no podría ser casada. Esto al quedar indemne que dicho porcentaje, en todo caso, fue sobrepasado, todo, en virtud de la *«homologación que se hace al ser el tomador integrante del Magisterio»*.

Empero, en el fondo del asunto, el presunto yerro también deviene deleznable por dos razones: La primera tocante con la legalidad de la prueba pericial rendida por la Junta Regional de Calificación, que de ningún modo se halla

¹⁶ CSJ Civil Sentencia de 3 de junio de 2014, expediente 00218, reiterando sentencia 134 de 27 de junio de 2005 y G. J. Tomos LXXXVIII 596 y CIJ-199.

incurra en *erro facti in iudicando* en la modalidad de derecho, por cuanto ese medio no es inconducente o ineficaz, para estimar pérdidas de capacidad laboral en el ámbito asegurativo, pues para su función procedía como organismo autorizado por el ordenamiento para realizar la calificación de la invalidez, como un auténtico perito calificado, conforme al artículo 3 numeral 1º del Decreto 2463 de 2001¹⁷, vigente para entonces¹⁸, y según el cual, se disponía: **«Calificación del grado de pérdida de la capacidad laboral.** Corresponderá a las siguientes entidades calificar el grado de pérdida de la capacidad laboral en caso de accidente o enfermedad:

«1. Las juntas regionales de calificación de invalidez decidirán sobre las solicitudes de calificación de pérdida de la capacidad laboral requeridas por las autoridades judiciales o administrativas, evento en el cual, su actuación será como peritos asignados en el proceso. Las juntas de calificación de invalidez también actuarán como peritos en los casos de solicitudes dirigidas por compañías de seguros cuando se regulara calificar la pérdida de capacidad laboral» (se subraya).

La segunda razón que torna eficaz la prueba pericial de la Junta, en relación con la póliza, tiene que ver con cuanto se razona líneas adelante, en el ítem siguiente, en lo relativo a los deberes mayores con relación a los textos de las pólizas, que por virtud de la posición dominante corresponden al asegurador.

¹⁷ COLOMBIA. Diario oficial 44.652 del 21 de noviembre de 2001.

¹⁸ Teniendo en cuenta que el Decreto 1352 de 2013, derogó aquellas disposiciones.

3.5.5. No puede perderse de vista que las «*lesiones corporales*» debían provenir directamente del riesgo de accidentes personales; por lo tanto, la incapacidad total permanente debía estar estrechamente vinculada con el quehacer o actividad del asegurado.

Así se previó en la cláusula primera de la póliza. Una de las «*pérdidas o inutilización*» amparadas, precisamente, se relacionaba con la «*incapacidad total y permanente que le impida al asegurado desempeñar en forma total y permanente su ocupación habitual o empleo para el cual esté razonablemente calificado por causa de su educación, entrenamiento o experiencia y cuyo dictamen de invalidez indique una pérdida funcional igual o superior al 75%*».

Lo anterior significa que la condición del asegurado como «*docente del magisterio*» era preponderante. Las «*pérdidas o inutilización*» debían estar atadas a su profesión. De ahí que, al margen de las diferencias entre el régimen de seguridad social y las coberturas de las pólizas de seguros, resultaba razonable aplicar los porcentajes establecidos para el personal docente del magisterio.

La posibilidad de restricción en la determinación de los porcentajes de incapacidad total permanente debió pactarse expresamente. En el caso, que solo aplicaban las establecidas en el Decreto 917 de 1999, contenido del

Manual Único para la calificación de invalidez¹⁹, y no el resultado de la homologación prevista para el personal docente del magisterio, aludido en el Decreto 1335 de 1968. Como así no fue estipulado, la profesión del asegurado es la que prevalece para dichos propósitos. Precisamente, se trata de la aplicación de los principios, valores y derechos que desde el ordenamiento, partiendo de la supremacía constitucional irradian todas las leyes, tal como el principio *pro consumatore*, previsto en las reglas del derecho del consumidor y usuarios de servicios.

En el punto, recuérdese, que la Sala, así como la Corte Constitucional, han venido sosteniendo que como el contrato de seguros es de adhesión, y que en la actividad, la compañía ostenta posición dominante, los deberes son superiores. El máximo juez constitucional en el punto, al acrisolar con mayor rigor, su doctrina, recientemente ha dicho:

«La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores.

«[...] El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

¹⁹ El Manual Único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional, cuya expedición corresponde al gobierno, actualmente se encuentra contenido en el Decreto 1507 de 2014.

«(...)El segundo -consecuencia del primero- es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil»²⁰.

En síntesis, la interpretación de la póliza debió realizarse por la aseguradora siguiendo el principio *pro consumatore*, resolviendo toda duda a favor del asegurado o usuario, y además, en la póliza misma debió expresar que excluía para el tomador la aplicación del régimen especial de los docentes, o los demás aspectos que ahora reprocha con relación a la declaración aseguraticia, mediante cláusulas expresas y claras, las coberturas o los asuntos que no cobijaba o los cláusulas convenientes para estimar de manera precisa el riesgo asegurable.

3.5.6. Lo expuesto es suficiente para negarle prosperidad a cualquiera de los cargos conjuntados.

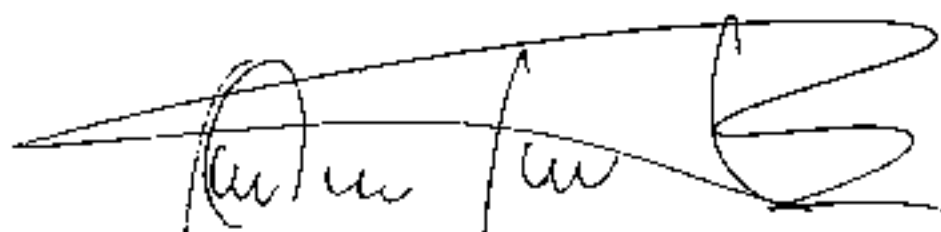
5. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **no casa** la sentencia de 18 de diciembre de 2013, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil-Familia de Descongestión, en el proceso seguido por Manuel Antonio Palacio Torres, quien cedió los derechos a Silvestre Marcelo Aroca Cotes, frente a BIVA Seguros de Vida Colombia S.A.

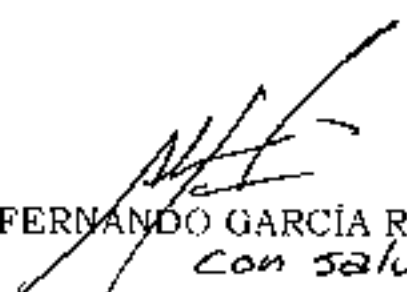
²⁰ COLOMBIA. C. Const. Sent. de Tutela T-027 de 2019.

Las costas en casación corren a cargo de la demandada recurrente. Ante la oposición formulada, en la liquidación, inclúyase la suma de seis millones de pesos (\$6'000.000.00) por concepto de agencias en derecho.

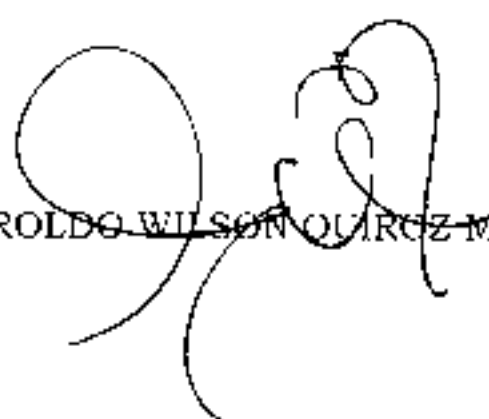
Cópiese, notifíquese y cumplido lo pertinente vuelva el expediente a la oficina de origen.



LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
(Presidente de la Sala)



ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO
con salvamento de voto

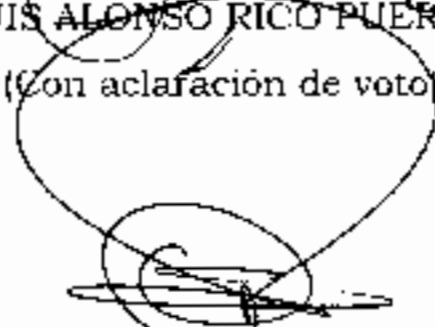


AROLDO WILSON QUIRÓZ MONSALVO



LUIS ALONSO RICO PUERTA

(Con aclaración de voto)



OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Con aclaración de voto.



FRANCISCO TERNERA BARRIOS



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

SALVAMENTO DE VOTO

Radicación n.º 20001-31-03-003-2009-00143-01

De acuerdo a lo expresado en la sala de decisión, me permito sustentar mi **SALVAMENTO DE VOTO** frente a lo decidido por la sala mayoritaria del 26 de noviembre de 2020, que decidió no casar la sentencia del día 18 de diciembre de 2013.

Se sabe que tanto la decisión de primera instancia como la que resolvió la apelación, condenaron a la recurrente a pagar al asegurado las sumas pactadas en el contrato de seguro, lo cual fue motivo de inconformidad de la entidad aseguradora en ambas instancias, y ahora en casación.

En efecto, en el cargo primero de la demanda de casación se acusó la sentencia de violar de manera directa el artículo 1058 del código de comercio al negar la nulidad relativa del contrato a causa de la reticencia, pues lo expresamente dicho por la norma respecto a las sanciones legales establecidas en la ley para el caso de callar o declarar en forma inexacta sobre el estado de riesgo, fue modificado agregando condiciones que la ley no trae.

En consecuencia, considero que ha debido casarse la sentencia recurrida con fundamento en el cargo primero propuesto, es decir aceptando que el contrato de seguro estuvo afectado de nulidad relativa a Causa de la reticencia.

En las explicaciones dadas por los otros dos votos disidentes, que comparto plenamente, se explicó claramente cómo la posición de la Corte Suprema de Justicia - Sala Civil, que es el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria respecto al tema, ha sido constante en la interpretación de la norma invocada por la recurrente sin agregarle exigencias adicionales relacionadas con la relación de causalidad o demostraciones relacionadas con la mala fe.

No obstante, para no repetir los argumentos dados en los mencionados escritos, considero suficiente referirme a ellos para señalar que, 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 resolutive de la sentencia.

Primero que todo, considero que la providencia recurrida invoca de manera inadecuada y absurda el precedente constitucional en materia de tutela sin advertir que no constituye jurisprudencia en el campo civil, pues dichos estudios se refieren exclusivamente a la protección

de derechos fundamentales de los solicitantes y con efectos interpartes sin capacidad para reformar la doctrina legal probable de la Corte Suprema de Justicia. En segundo lugar, como se explicó claramente en uno de los votos disidentes, dicho precedente no ha sido consistente y constante, sino que por el contrario, viene dando tumbos sin encontrar unidad y permanencia. Y finalmente, que la misma Corte Constitucional ha reconocido en más de una providencia, que la función de interpretar esos contratos no le corresponde a esa jurisdicción sino a la civil.

En el otro voto en contra también se recuerda cuál es la posición doctrinal de esta Corte, advirtiendo que no ha operado ningún cambio de jurisprudencia con las formalidades que ello precisa, no bastando para que aparezca una nueva doctrina la existencia ocasional de posiciones diferentes pero no conscientes de esa mutación. Tampoco puede variarse la doctrina con decisiones de tutela, así sean de esta misma sala, mucho menos si se introduce de manera subrepticia o por equivocación.

En consecuencia, considero que hay *nulidad relativa o anulabilidad del contrato ante la reticencia del tomador* porque al momento de suscribir el contrato cuando en la *"declaración del estado de riesgo"*, no se informó de circunstancias importantes relacionadas con el estado de salud, o calla que se padece de patologías médicas antes conocidas, sin la condición de tener que demostrar la existencia de mala fe, demostrar que se actuó de mala fe y mucho menos la relación de causalidad entre lo callado y la

existencia del riesgo, precisamente porque se vició el consentimiento desde que se celebró el contrato y no desde que ocurrió el hecho causante del daño. Por esa razón debió casarse la sentencia recurrida y en su lugar proceder a negar las pretensiones de la demanda actuando la corte como tribunal de instancia.

Con fundamento en lo expuesto, no solamente dejo sentada mi oposición a lo decidido en la sentencia, sino que además dejo constancia de la imposibilidad de que una decisión así tomada pueda constituir fundamento para una doctrina legal probable.



ALVARO FERNANDO GARCIA RESTREPO
Magistrado



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

Radicación n.º 20001-31-03-003-2009-00143-01

ACLARACIÓN DE VOTO

En forma respetuosa me permito ACLARAR mi voto, con relación a los argumentos compendiados en el numeral 3.2.7. de esta providencia (ff. 16 a 18), pues en ese aparte se reproduce un fallo de tutela¹ con el que pretende modificarse –sin ser ello necesario para definir la suerte del recurso extraordinario– el precedente de la Corte en materia de reticencia, acogiendo una tesis que, además de insular, es contraria al pacífico entendimiento de la doctrina y jurisprudencia especializadas sobre aquel vicio del contrato de seguros.

1. La jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de seguro de vida grupo deudores.

Antes de analizar la problemática planteada, considero necesario insistir en que, a diferencia de lo que se sugirió en la providencia materia de estas líneas, el órgano de cierre de

¹ Se trata del fallo CSJ-STC3465-2020, 27 may., frente al que expuse mi voto disidente. Por lo mismo, cabe anotar que esa decisión no puede considerarse “unánime”, como se afirma en el proveído objeto de estas líneas.

la jurisdicción constitucional no ha expresado una postura unívoca frente a los efectos de la reticencia en la aludida tipología aseguraticia (contratos de seguro de vida grupo deudores).

Recuérdese el marco fáctico de este tipo de litigios: el deudor de un crédito, que a su turno es asegurado en el marco de un *«seguro de vida grupo deudores»*², fallece o sufre una enfermedad o accidente que afecta sensiblemente su capacidad laboral³, materializándose el riesgo asegurado. El obligado o sus familiares, según el caso, reclaman la efectividad del seguro⁴ (esto es, el pago total del saldo del crédito a la entidad acreedora), pedimento que la aseguradora niega dado que aquel había omitido declarar sinceramente el estado del riesgo, al no poner de presente algún padecimiento que afectaba su salud para una época anterior a la fecha de celebración del negocio aseguraticio, comprometiendo así su validez.

La situación descrita da origen a una tensión evidente, entre (i) La aplicación estricta de las reglas positivas del

² Sobre la naturaleza de este contrato, la Sala tiene sentado que *«(...) el riesgo que asume el asegurador es la pérdida de vida del deudor [o, mutatis mutandis, su incapacidad total], evento que afecta tanto al asegurado mismo, como es obvio, como eventualmente a la entidad tomadora de la póliza, en el entendido de que su acreencia puede volverse de difícil cobro por la muerte de su deudor, pero el específico riesgo asumido por la compañía de seguros en la póliza objeto de litigio, no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, porque así fuera podría inferirse que la póliza pactada con un riesgo de tal configuración tendría una conmutación patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito. Lo que se aseguró es, lisa y llanamente, el suceso incierto de la muerte del deudor, independientemente de si el patrimonio que deja permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista»* (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 29 de agosto de 2000, Exp. 6379 M. P. Jorge Santos Ballesteros).

³ Usualmente, las condiciones generales de los seguros de vida grupo deudores estipulan como uno de los riesgos asegurados la incapacidad permanente del solvente, derivada de una calificación de pérdida de capacidad laboral superior al 50%, esto siguiendo la regla del artículo 38 de la Ley 100 de 1993.

⁴ Sobre la legitimación del asegurado o de sus familiares para ejercer acciones contractuales –propias del tomador– contra la aseguradora, puede consultarse la paradigmática Sentencia CSJ SC. 28 jul. 2005m rad. 1999-00449-01.

ordenamiento mercantil⁵, especialmente el principio de «*uberrima buena fe*»⁶, propio del contrato de seguro, que permiten inferir que cualquier doblez del asegurado al declarar el estado del riesgo da lugar a la nulidad relativa del negocio aseguratorio⁷; y (ii) La morigeración de la carga del asegurado, atendiendo a su estado de debilidad manifiesta (que lo hace sujeto de especial protección constitucional⁸), la posición contractual dominante de la aseguradora y su condición de profesional en la materia, circunstancias que aminorarían la relevancia de una declaración omisiva, en procura de mantener la validez del contrato de seguro.

Entre ambas opciones hermenéuticas ha trasegado la Corte Constitucional, tanto al analizar decisiones judiciales relacionadas con esta temática, como al evaluar directamente la conducta de las aseguradoras sin un juicio declarativo precedente, dando origen a un arduo debate (que no está zanjado definitivamente), de cuya definición depende no solo la suerte de los asegurados, sino también la

⁵ Por vía de ejemplo, el artículo 1058 del Código de Comercio, que 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. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido o estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no 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 del riesgo (...)*»

⁶ Cfr. CSJ, SC, 6 ago. 2001, rad. 6146.

⁷ Sobre el particular expresa la doctrina que «*(...) la carga de la parte asegurada se concreta en expresar verazmente cuáles son los hechos o circunstancias que afectan el estado del riesgo, sin incurrir ni en reticencia, ni en inexactitud (las que) afectan el seguro, cuando se refieren al estado del riesgo, porque impiden al asegurador el conocimiento real de la intensidad o la probabilidad del riesgo, elementos que determinan a su vez no solo la manifestación misma de la voluntad por parte del asegurador, sino el monto de la prima que este debe cobrar*» (ORDÓÑEZ, Andres. *Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia 2004, pp. 21-22).

⁸ Al punto la Corte Constitucional ha sostenido que son *sujetos de protección especial* a los que se refiere el artículo 13 de la Constitución no son solo los discapacitados calificados como tales conforme a las normas legales. Tal categoría se extiende a todas aquellas personas que, por condiciones físicas de diversa índole, o por la concurrencia de condiciones físicas, mentales y/o económicas, se encuentran en una situación de debilidad manifiesta» (Sentencia T-1040 de 2001).

estructura jurídico-económica de esta rama especialísima de los seguros de personas.

El primer pronunciamiento relevante para reconstruir la línea de pensamiento de la Corte Constitucional se dio cuando dicho cuerpo colegiado declaró la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, tras precisar que

*«[...] al asegurador **no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume**, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, **solamente con base en el dicho del tomador** (...). Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa, ni más ni menos, sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo» (Sentencia C-232 de 1997).*

Varios años después, en la sentencia T-832 de 21 de octubre 2010, la Corporación modificó ese entendimiento, concluyendo, a partir de precedentes jurisprudenciales relacionados con el contrato de seguro de salud (y la fecha de acaecimiento del siniestro en amparos de incapacidad total y permanente⁹), que la aseguradora accionada había sido *«negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria»*.

Esta regla fue recogida en la sentencia T-086 de 16 de febrero de 2012, en la que se dijo que

⁹ Específicamente las sentencias T- 152 de 2006 y T-490 de 2009.

«(...) en desarrollo del principio de la buena fe, las partes deben declarar con exactitud las circunstancias que constituyen el estado del riesgo, con el fin de asegurar la libertad y transparencia en la contratación. En caso de reticencia o inexactitud, bien por declarar la verdad a medias o con errores o mediante el encubrimiento de la verdad en la declaración, se produce la nulidad relativa del contrato de seguro».

Con sustento en ese entendimiento, se consideró que la reticencia en la declaración del estado del riesgo y la exculpación de la omisión del asegurado ante la ausencia de exámenes médicos previos son debates que *«corresponden estrictamente a la esfera del derecho comercial»* y que, por lo mismo, deben ventilarse ante los jueces ordinarios civiles, siguiendo las reglas previstas en la normativa mercantil.

Sin embargo, en la siguiente oportunidad en la que la Corte Constitucional se pronunció sobre este punto, esto es, en la sentencia T-342 de 13 de junio de 2013, la posición fue otra vez alterada (retomando la que se plasmó en T-832 de 2010), aduciendo que, como la aseguradora *«omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante»*, no podía alegar la *«preexistencia»* de la patología que dio origen a la incapacidad laboral definitiva.

Vale anotar que en la providencia en mención empezó a vislumbrarse una herramienta discursiva para resolver disputas de esta índole, según la cual la sola presencia de una enfermedad *preexistente* no sería sinónimo de reticencia, raciocinio incuestionable cuyo protagonismo en esta línea jurisprudencial solo se explica por el uso analógico de reglas

diseñadas para seguros de salud, en los que algunas *preexistencias*¹⁰ se asimilan a *exclusiones*.

No obstante, la Corte Constitucional, en sentencia T-193 de 1 de abril de 2014, confirmó la concesión del amparo que reclamó una aseguradora en contra de la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín, Corporación que había ordenado la efectividad de un seguro de vida grupo deudores sin reparar en la reticencia en la que había incurrido el asegurado.

A su juicio, el error del ente accionado habría derivado del desconocimiento del precedente de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, según el cual

**[...] el asegurado (...) debe informar sinceramente sobre su estado de salud, para los efectos de los riesgos que se pretenden asegurar, sin que le sea exigible, al asegurador entrar a realizar indagaciones o escudriñamiento sobre la declaración emitida por el futuro asegurado o tomador, puesto que se presume una buena fe extrema en quien se pretende asegurar*.*

Aun a pesar de lo explícito de este aserto, al día siguiente la pluricitada Corporación dictó la sentencia T-222 de 2014, con la que volvió al otro extremo del debate constitucional, sentando las siguientes *subreglas* de interpretación: *(i)* no necesariamente los casos de *preexistencias* son sinónimo de reticencia, ya que el primer

¹⁰ Toda reticencia exige la presencia de una enfermedad preexistente a la celebración del contrato, pero no toda preexistencia conlleva reticencia, porque la patología puede estar presente para ese momento sin conocimiento del asegurado. En los seguros de salud suelen excluirse las preexistencias (aun las que el asegurado desconoce), pero ello tiene que ver con la extensión del riesgo que asume el asegurador, no con la validez de su expresión de voluntad de asegurar.

evento es objetivo, mientras que el segundo es subjetivo. Por tanto, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, y (iii) la reticencia no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos en los que la misma se fundamenta.

Una semana después, la Corporación en cita emitió la providencia T-245 de 2014, en la que evaluó la decisión de la Sala de Decisión Civil del Tribunal Superior de Bogotá de denegar las pretensiones de un asegurado que había omitido declarar que padecía VIH para la fecha de celebración del negocio aseguratorio. En esta ocasión, se concluyó que el actuar de esa magistratura no merecía reproche, comoquiera que exigir al asegurado declarar su estado real de salud «no resulta ser una exigencia desproporcionada, y si evita que posteriormente el contrato sea declarado nulo».

Posteriormente, en la sentencia T-437 de 2014 se retomaron las tres *subreglas* expuestas en la precitada sentencia T-222 de ese mismo año¹¹, línea de pensamiento que pareció consolidarse con la expedición de los fallos T-830 de 2014 y T-316 de 2015, en los que se precisó que

«(...) las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios (...). No pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar

¹¹ Vale anotar que la Corte Constitucional incurrió en un *lapsus calami*, pues al transcribir apartes de la aludida sentencia (la T-222 de 2014), se refirió a ella como la «sentencia T-622 de 2013» (referencia inexistente).

el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes».

Esta argumentación fue reafirmada en los proveídos T-393 y T-452 de 2015, pero a renglón seguido, en la sentencia T-570 de 2015, la Corte Constitucional insistió en que la reticencia exige prueba de la mala fe del asegurado, pero consideró que *«la acción de tutela no es la vía idónea»* para pronunciarse sobre el fenómeno de decaimiento contractual en cita. Y en contravía con esa determinación, en esa misma jornada se expidió la sentencia T-577 de 2015, en la que se dijo lo contrario, arguyendo que *«debido a que la buena fe se presume en todas las actuaciones, corresponde (...) a las entidades aseguradoras probar la mala fe de los accionantes en la celebración de los contratos [de seguro]»*.

Más recientemente, se profirió la sentencia T-770 de 2015, en la que se dejaron de lado las *subreglas* construidas a partir del fallo T-222 de 2014, para utilizar de nuevo la argumentación expuesta en los albores del debate (especialmente en T-832 de 2010), según la cual la falta de un examen médico previo justifica la eliminación de los efectos de cualquier posible reticencia del asegurado; y más adelante, en sentencia T-024 de 2016 la Corte Constitucional retornó a la tesis de las cargas contractuales y probatorias de la aseguradora, solo para dejarla de lado (implícitamente) menos de dos semanas después, cuando en el fallo T-058 de 2016 volvió a asignar al juez ordinario la calificación de la conducta del asegurado al declarar el estado del riesgo.

La hipótesis de la improcedencia de la tutela como herramienta para definir controversias contractuales del linaje de las aquí referidas fue inmediatamente abandonada, pues en la decisión T-240 de 2016 se defendió la solución del precedente mayoritario, aunque ahora a partir de una innovadora solución: el seguro debe hacerse efectivo ante la ausencia de prueba de un nexo causal entre la patología cuya declaración omitió el asegurado y aquella que originó el riesgo asegurado (la incapacidad laboral definitiva).

Esta tesis, **que fue la que innecesariamente intentó reiterarse en el fallo objeto de estas líneas**, sin amplio detalle sobre su incidencia frente a la teoría general del contrato de seguro, ni frente al debate concreto, se reiteró en la providencia T-282 de 2016, donde la Corte Constitucional recabó en que, en el asunto allí analizado, *«no se cumple el elemento objetivo de la reticencia, esto es, una preexistencia cuya relación con la ocurrencia del siniestro esté debidamente probada»*.

Dicha forma de razonar, que en mi respetuosa opinión no concuerda cabalmente con la naturaleza misma de la institución, como intentaré explicarlo luego, fue abandonada en el siguiente pronunciamiento del órgano de cierre ya citado, esto es, la sentencia T-501 de 2016, en la que se ratificó que la calificación de la conducta del asegurado desborda la órbita de competencias del juez de tutela, buscando además rectificar la postura orientada a exigir exámenes médicos previos, aduciendo que

«(...) si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal¹²– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el principio [de buena fe] que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer».

Después pareció desecharse tal argumentación, porque al expedir la sentencia T-670 de 2016, la Corte Constitucional se decantó por apoyarse en el razonamiento relativo a la necesidad de demostrar la mala fe del asegurado para franquear el paso al alegato de reticencia, todo lo cual vino a ser revalidado en T-251 de 2017, en la que, luego de reconstruir (parcialmente) el debate antes resumido, se concluyó que

«(...) quienes deben probar la reticencia son las aseguradoras, es decir, demostrar que el tomador actuó de mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro. En cuanto a las preexistencias, las compañías de seguros actúan negligentemente si no realizan los exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. En suma, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, ello no implica reticencia porque el deber de desvirtuar la buena fe estaría en cabeza de la compañía de seguros».

Finalmente, se dictó el fallo T-027 de 2019, en el que, sin muchos pormenores, se aplicó una de las distintas hermenéuticas utilizadas al evaluar la reticencia en materia de seguros de vida grupo deudores: la necesidad de probar

¹² Se refiere aquí la Corte al artículo 1158 del Código de Comercio, a cuyo tenor *«aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1056, ni de las sanciones a que su infracción da lugar».*

un nexo entre la patología cuya declaración se omitió y la estructuración del siniestro:

*«La Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) **demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores**, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión».*

Este compendio sirve para mostrar que, en este asunto, la jurisprudencia constitucional se ha servido de argumentos muy variados, que no comparten rasgos esenciales. Puntualmente, la exigencia del vínculo entre reticencia y siniestro aparece en tres 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.

A lo dicho se suma que, al optar por los precedentes que conforman el marco dogmático de cada una de sus sentencias, esa Colegiatura ha omitido referirse a las decisiones judiciales que contrarían la posición que se pretende defender en el momento, lo cual es especialmente llamativo frente a la sentencia C-232 de 1997, de cuyas conclusiones se separan (tácitamente) todas las decisiones que componen la tesis preponderante de la jurisprudencia,

sin explicar por qué debía dejarse de lado lo discurrido en ese fallo de constitucionalidad¹³.

Por ese mismo sendero, destácase que la Corte Constitucional ha juzgado sin unidad de criterio la interpretación del ordenamiento mercantil respecto de la reticencia efectuada por órganos judiciales (en el marco de litigios civiles), y la que hacen las aseguradoras sobre el mismo tema, esto es la efectividad de un seguro de vida grupo deudores por reticencia del asegurado¹⁴.

Por todo lo anterior, 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, impropiciamente, que posturas que son insulares y vacilantes constituyen un precedente consolidado, al que, por vía general, deberían plegarse los funcionarios judiciales.

2. La reticencia en la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil.

Previamente quedó sentado que la línea de pensamiento que replicó la Corte en el considerando 3.2.7., no constituye la única postura de la Corte Constitucional frente a la problemática relacionada con la reticencia en seguros de vida

¹³ Dicho sea de paso, esta conducta obvia la fuerza vinculante del precedente constitucional, explicado con largueza en la sentencia C-832 de 9 de agosto de 2001.

¹⁴ Al margen de la sentencia C-232 de 1997, las únicas decisiones que favorecen abiertamente una interpretación restrictiva del artículo 1058 del Código de Comercio son las sentencias T-193 y T-245 de 2014, que corresponden a los casos de tutela contra providencias judiciales.

grupo deudores. Pero a ello cabe adicionar que la tesis que se mostró como precedente constitucional consolidado, según la cual el éxito de la defensa de reticencia pende de 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 esta Corporación ha defendido de manera inmodificable, en sede de casación.

Para explicar este punto, es pertinente recordar los rasgos de la reticencia, mencionados en reciente sentencia CSJ SC5327-2018, dic. 13:

«De acuerdo con el artículo 1058 del C. de Co. la reticencia o inexactitud en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, siempre que los datos omitidos o imprecisos sean relevantes para la calificación del estado del riesgo.

Esa inadvertencia, para afectar la validez de la convención, debe ser trascendente, toda vez que, si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje.

De ese modo, son relevantes, al decir de la norma en cita, las inexactitudes y reticencias cuando «conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...), vale decir, la relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo tiene que ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad.

(...) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base

en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa.

Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado "... a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)", como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que, si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella.

(...) Aunque es clara la intención del legislador en cuanto evitar que las aseguradoras resulten sorprendidas y engañadas por el virtual tomador de un seguro que no ha reportado con total sinceridad el estado del riesgo, no es menos cierto que la etapa de formación del contrato y, en especial, del consentimiento, se debe auscultar en el marco de un equilibrio de información a cargo de los intervinientes en el acuerdo.

En tal virtud, paralelo al deber del potencial tomador, ya indicado, en el otro vértice contractual recae también una carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo (art. 1058, inciso final, del C. de Co.), como lo sostuvo esta Sala en fallo CSJ SC 02 ago. 2001, Exp. 6146, cuando expuso: "Por su relevancia funcional, a la vez que por su íntima conexidad con el sub lite, cumple relieves que el conocimiento del asegurador al que se ha aludido no sólo es el real -o efectivo-, esto es el directo y consciente, como a primera vista pudiera parecer, sino también el presunto, vale decir el que emerge, ministerio legis, como corolario de la falta de diligencia radicada en cabeza de un profesional en el riesgo, predicable de ciertos y determinados hechos que, por su connotación, podían haber servido para elucidar las circunstancias fidedignas que signaban al riesgo, en su estado primigenio, según se pinceló (...). Como se tiene claramente establecido, no es suficiente que se aduzca la mera gestación de estado de desconocimiento o de ignorancia fáctica acerca de unos específicos hechos, porque es menester que dicho estado o ignorancia se generen en forma legítima o se tomen excusables (carga de diligencia). La buena

*fe -bien se ha afirmado- debe ser ignorancia, pero, también, ignorancia legítima, es decir, de tal naturaleza que no haya podido superarse con el empleo de una diligencia normal*¹⁵, la que, en últimas, sirve para justificar la solicitud del asegurador relativa al *decretum* de tan severa sanción, puesto que *'...la buena fe excluye la posibilidad de un actuar culposo'*, contrario a *'...un actuar prudente, cuidadoso, diligente y previsor'*¹⁶.

Quiere decir lo anterior que si bien el asegurador es sujeto pasible de intensa y plausible protección de cara al fraude, a la deformación consciente de la realidad, o a la mera inexactitud patrocinados por determinados e inescrupulosos candidatos a tomadores que socavan el acrisolado postulado de la buena fe, aquel no puede asumir invariable e irrestrictamente, una actitud rayana en la pasividad, más propia de espectadores que de partícipes en una relación negocial, así sea en potencia, a fortiori cuando sobre él gravita, como acontece en general con todo extremo de un acuerdo volitivo, un correlativo deber de colaboración que, desde un ángulo más solidario -bien entendido, se orienta a la satisfacción del interés de su cocontratante, lo que específicamente supone, según reconocida doctrina jusprivatista, una dinámica cooperación en beneficio ajeno, vívida explicitación de una de las múltiples aplicaciones del consabido postulado de conformidad con un criterio de reciprocidad, referido a la buena fe objetiva, continente de los -llamados- deberes instrumentales o secundarios alusivos al comportamiento interpartes, incluido el precontractual".

(...) Adicional a ello, partiendo de esa declaración, puede y debe informarse sobre los contornos del nesgo, de manera que pueda contrastar la información recibida con la auscultada, y así evaluar el peligro de una forma mucho más acertada, que permita arribar a un acuerdo sobre bases certeras acerca de la contingencia inesperada que se quiere amparar. De ahí, que en la sentencia citada, la Sala hubiera expuesto:

"A tono con lo afirmado en líneas que preceden, moderna doctrina jusprivatista, sin menoscabar ese infranqueable derecho que tiene la entidad aseguradora a ser cabal y oportunamente informada por el consumidor-asegurado (en sentido amplio) acerca del 'verdadero estado del riesgo' y, por contera, sin diezmar -o minar-

¹⁵ «Emilio Betti, *Teoría general de las obligaciones*, Editorial Revista de Derecho Privado, Vol. I, Madrid, 1969, p. 78. Cfr.: Franz Weirach, *El principio general de la buena fe*, Civitas, Madrid, 1982, p. 66 y Manuel De La Puente, *La Fuerza de la buena fe en Contratación Contemporánea*, Bogotá, 2000, Pág. 276» (referencia propia del texto citado).

¹⁶ «Jorge Mossa Rivaspe, *Justicia contractual*, Ediar, Buenos Aires, 1977, p. 150. Cfr.: Vincenzo Roppo, *Il Contratto*, Giuffrè, Milán, 2001, Pág. 178» (referencia propia del texto citado).

la carga de carácter informativo que le incumbe a éste último de cumplir rigurosamente con la aludida declaración de ciencia, reconoce la existencia de una especie de débito en cabeza de la aseguradora (deber instrumental o secundario), consistente en informarse de manera complementaria y directa, según sea el caso, en aras de obtener una más completa y depurada información que le permita desarrollar adecuada y profesionalmente su objeto social y, por reflejo, el del reasegurador, cuando éste interactúa, en otro plano contractual, en calidad de asegurador del reasegurado (asegurador directo).

En este específico sentido, es importante agregar que, en materia informativa, como secuela de la buena fe y, en particular, del postulado de la cooperación negocial, el límite o el confín de la carga de informar al otro radica, precisamente, en el deber de informarse a sí mismo, en la medida de lo posible, y de las circunstancias que rodean cada asunto, observación que coincide con la opinión expresada por los juristas galos Gerard Cas y Didier Ferret, según la cual existe claramente "...una relación dialéctica entre la obligación de información, de una parte y, de la otra, el deber de informarse"¹⁷, el que a juicio de un sector de la dogmática jurídica, como ya se ha referido, está enclavado en otro deber, aún de mayor espectro: el de cooperación, signado por un criterio de reciprocidad negocial, tan propio de la ratio contractual¹⁸.

De lo anotado se infiere que la reticencia, entendida como la omisión consciente de circunstancias que agravan el estado del riesgo –y que no conocía o debía conocer la aseguradora–, es un vicio que se presenta en la etapa anterior a la celebración del convenio aseguratorio (la fase precontractual a que alude el artículo 863 del Código de Comercio), en la medida que altera la base fáctica sobre la cual la entidad financiera edifica su consentimiento para contratar, en las condiciones en las que lo hace.

¹⁷ «Traité de droit de la consommation, PUF, Paris, 1986, p. 380. Cfr.: P. Jourdain, Le devoir de se renseigner, en Chronique Dailly, Paris, 1983, p. 139; Rubén Siglitz, Responsabilidad precontractual, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1992, p. 90 y Derecho de seguros, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1998, p. 268 y Josep Llobet I. El deber de información en la formación de los contratos, Marcial Pons, Madrid, 1996, págs. 44 y 110» (referencia propia del texto citado).

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.

En ese orden, 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.

Sobre el particular, ha explicado la doctrina especializada:

«[N]o importa que la circunstancia silenciada no hubiera influido lo más mínimo en la producción del siniestro: la experiencia de los grandes números, que la hacía considerur en la mente del asegurador como una circunstancia agravante del riesgo, no se destruye en modo alguno por una prueba contraria posterior al contrato (...). El juez determina (...) si la circunstancia silenciada o inexactamente declarada era tan grave que alterara esencialmente la opinión del riesgo, no importa que falte todo nexo causal entre aquella circunstancia y la muerte del asegurado. El magistrado, que juzga de la validez del consentimiento dado por la compañía, debe remontarse al momento en que se estipulaba el contrato y se ignoraba cuál habría de ser su suerte»¹⁸.

¹⁸ VIVANTI, César. *Derecho Comercial T. XIV (Del contrato de seguro)*. Ed. Adis, Buenos Aires, 1952, p. 271.

También lo venía afirmando esta Sala de Casación, de manera (hasta ahora) invariable:

*«(...) esa reticencia acreditada en el proceso, **que de otra parte no tiene porqué ser la causa del siniestro, dado que tal exigencia no la contempla ley**, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, **debió conducir a que el Tribunal declarara la nulidad relativa del contrato de seguro**, sobre todo porque del acervo probatorio recaudado aflora que la compañía de seguros no tenía motivo alguno que le generara desconfianza y le impusiera el deber profesional de auscultar el estado del riesgo aún más de lo que hizo, que fue examinar el estado de salud del futuro asegurado y exigir el concepto profesional del asesor y del gerente de la agencia o sucursal de la aseguradora, víctima por tanto de un engaño que le asaltó su buena fe» (CSJ SC, 11 abr. 2002, rad. 6825).*

Posteriormente, esta Corporación reiteró:

*«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 distinguos, 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»***

Tan evidente es esta inferencia, que la propia Corte Constitucional la defendió con ahínco en la sentencia C-232 de 1997, al decir 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. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato" (J. Efrén Ossa G., *ob. cit.* Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).

3. Conclusiones.

A partir de lo expuesto estimo improcedente sostener, como aquí se hizo, que existe una postura uniforme de la Corte Constitucional, que impone respaldar la exigencia de acreditar un vínculo entre la reticencia y el siniestro, para viabilizar la anulabilidad del contrato de seguro.

Contrario sensu, tanto en un fallo de constitucionalidad, como en la totalidad de las decisiones de la Corte Suprema

de Justicia sobre el tema, se ha sostenido que la nulidad relativa derivada de la reticencia *«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»*.

En los anteriores términos dejo fundamentada mi aclaración de voto, con comedida reiteración de mi respeto por los demás integrantes de la Sala de Casación Civil.

Fecha ut supra,


LUIS ALONSO RICO RUERTA
Magistrado

ACLARACIÓN DE VOTO

Radicación n° 20001-31-03-003-2009-00143-01

Con el debido respeto por los demás integrantes de la Sala, aclaro mi voto, por cuanto considero que una determinación en el sentido adoptado en punto a la interpretación y alcance del artículo 1058 del Código de Comercio, exige un análisis más profundo y riguroso, en la medida que comporta un cambio de la doctrina probable de la Corte en esta materia.

1.- Tesis propuesta en el proyecto frente al cargo de «errónea interpretación» del artículo 1058 del Código de Comercio.

En el acápite 3.2.7. de las consideraciones¹, se dice que *«esta Corte»*, con relación a la reticencia, *«ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares»* que enumera en cinco (5) premisas, resumidas así:

1) La buena fe también cobija a la aseguradora para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador.

¹ págs. 16 - 21.

2) Le compete a la aseguradora probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado *«para inferir si procedió retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo»*.

3) La necesidad de probar el *«nexo de causalidad»* y el *«efecto trascendente»* entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecucional de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro.

4) El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia.

5) La obligación de hacer una interpretación *pro consumatore* de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión.

Pese a la expresa afirmación de que dichos postulados se extraían de consideraciones de *«esta Corte»*, lo cierto es que en su hilo argumentativo se omite hacer expresa referencia a fallos de casación en los que se haya abordado el tema de la reticencia con el enfoque aquí expuesto, o definido los 5 puntos que, a manera de sub reglas, procura condensar esta sentencia. Por el contrario, soslayando ese soporte en decisiones de ese talante, a la postre, la tesis

propuesta solo tiene como marco de referencia algunos pronunciamientos de la Corte Constitucional, quedando en el vacío la posibilidad de confrontar los mentados estándares con pronunciamientos específicos de esta Sala en los que hubiere reconsiderado su posición en punto a los efectos jurídicos de la reticencia en los contratos de seguro de vida, por lo que el argumento esgrimido bajo ese supuesto comporta una falacia *ad verecundiam*, o por apelación a la autoridad.

Obsérvese que en el numeral 4 expresamente se refiere como fuente una sentencia de la Corte Constitucional y no de esta Corporación, y en el 5º, aunque se dice que esa exigencia está consagrada «tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela», lo cierto es que solo alude a un pronunciamiento de esta sala en sede constitucional -con un voto disidente y no por unanimidad como allí se dice-, en el cual, si bien se acogió lo expuesto en T-282 de 2016 reiterada en T-027 de 2019, en consideración a la naturaleza del asunto, de todas maneras, por sí solo, no tiene el alcance de variar la doctrina de la sala en tan especializada materia, actuando en sede de casación y con las repercusiones que ello comporta.

Y el numeral tercero, en últimas solo quedó sustentado con el fallo T-282-2016 que refiere la «obligación de las aseguradoras de probar el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro», puesto que, si bien más adelante se dice que esa tesis «ya había sido expuesta por esta Sala en varias providencias», y al efecto se

cita un fragmento de SC 2 ago. 2001 exp. 6146², éste luce descontextualizado por cuanto al revisar la sentencia de casación se advierte que allí se evoca la "incidencia causal" en el sentido que, de haberse revelado al asegurador oportunamente el verdadero estado del riesgo, lo más posible es que se hubiera inhibido de contratar, lo que dista mucho de la exigencia del nexo de causalidad entre «lo omitido y el siniestro», acuñada en este caso por la sala mayoritaria.

2.- Modificación de la doctrina probable de la Corte.

El artículo 4^º de la Ley 169 de 1896 acogió el concepto de «doctrina probable», al consagrar que «[t]res decisiones uniformes dadas por la Corte Suprema, como tribunal de casación, sobre un mismo punto de derecho, constituyen doctrina probable, y los jueces podrán aplicarla en casos análogos, lo cual no obsta para que la Corte varíe la doctrina en caso de que juzgue erróneas las decisiones anteriores», la Corte Constitucional al estudiar la avenencia de ese precepto con la Carta Política, en C836 de 2001, precisó que el fundamento constitucional de la fuerza normativa de la doctrina de la Corte Suprema se encuentra en el derecho de los ciudadanos a que las decisiones judiciales se funden en una interpretación uniforme y consistente del ordenamiento jurídico.

En el citado fallo se declaró excusable esta disposición, siempre y cuando se entienda «que la Corte Suprema de

² Págs. 19 - 20

Justicia, como juez de casación, y los demás jueces que conforman la jurisdicción ordinaria, al apartarse de la doctrina probable dictada por aquella, están obligados a exponer clara y razonadamente los fundamentos jurídicos que justifican su decisión, en los términos de los numerales 14 a 24 de la presente Sentencia». Esos numerales aluden a la fuerza vinculante de los precedentes como doctrina probable de la Corte Suprema de Justicia, sustentada en los principios de igualdad, seguridad jurídica y buena fe, así como a la posibilidad que tiene la Corporación de modificar su jurisprudencia, en caso de que juzgue «erróneas» las decisiones tomadas en el pasado, lo que le impone asumir una carga argumentativa, que es igualmente exigible a los jueces para apartarse de la doctrina probable emanada de este órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria. Al efecto, expuso,

20. *Con todo, como se dijo antes, la fuerza normativa de la doctrina probable proviene (1) de la autoridad otorgada constitucionalmente al órgano encargado de establecerla, unificando la jurisprudencia ordinaria nacional; (2) del carácter decantado de la interpretación que dicha autoridad viene haciendo del ordenamiento positivo, mediante una continua confrontación y adecuación a la realidad social y; (3) del deber de los jueces respecto de a) la igualdad frente a la ley y b) la igualdad de trato por parte de las autoridades y; (4) del principio de buena fe que obliga también a la rama jurisdiccional, prohibiéndole actuar contra sus propios actos. Por otra parte, la autoridad de la Corte Suprema para unificar la jurisprudencia tiene su fundamento en la necesidad de garantizar los derechos fundamentales de las personas y esta atribución implica que la Constitución le da un valor normativo mayor o un "plus" a la doctrina de esa alta Corporación que a la del resto de los jueces de la jurisdicción ordinaria. Ello supone que la carga argumentativa que corresponde a los jueces inferiores para apartarse de la jurisprudencia decantada por la Corte Suprema es mayor que la que corresponde a éste órgano para apartarse de sus propias decisiones por considerarlas erróneas.*

21. *La expresión "erróneas" que predica la norma demandada de las decisiones de la Corte Suprema puede entenderse de tres*

maneras diferentes, y cada interpretación da lugar a cambios jurisprudenciales por razones distintas. En primer lugar, cuando la doctrina, habiendo sido adecuada en una situación social determinada, no responde adecuadamente al cambio social posterior. Como se analizó de manera general en el numeral 18 *supra*, este tipo de error sobreviniente justifica que la Corte cambie su propia jurisprudencia. En segundo lugar, la Corte puede considerar que la jurisprudencia resulta errónea, por ser contraria a los valores, objetivos, principios y derechos en los que se fundamenta el ordenamiento jurídico. En estos casos también está justificado que la Corte Suprema cambie su jurisprudencia para evitar prolongar en el tiempo las injusticias del pasado, haciendo explícita tal decisión. En tercer lugar, como resulta apenas obvio, por cambios en el ordenamiento jurídico positivo, es decir, debido a un tránsito constitucional o legal relevante. (Subraya intencional).

Esta Corporación se ha pronunciado sobre las anteriores dos posibilidades de variar la jurisprudencia, en los siguientes términos:

"44- El respeto al precedente es entonces esencial en un Estado de derecho; sin embargo, también es claro que este principio no debe ser sacralizado, puesto que no sólo puede petrificar el ordenamiento jurídico sino que, además, podría provocar inaceptables injusticias en la decisión de un caso. Así, las eventuales equivocaciones del pasado no tienen por qué ser la justificación de inaceptables equivocaciones en el presente y en el futuro. O, en otros eventos, una doctrina jurídica o una interpretación de ciertas normas puede haber sido útil y adecuada para resolver ciertos conflictos en un determinado momento pero su aplicación puede provocar consecuencias inesperadas e inaceptables en casos similares, pero en otro contexto histórico, por lo cual en tal evento resulta irrazonable adherir a la vieja hermenéutica. Es entonces necesario aceptar que todo sistema jurídico se estructura en torno a una tensión permanente entre la búsqueda de la seguridad jurídica -que implica unos jueces respetuosos de los precedentes- y la realización de la justicia material del caso concreto -que implica que los jueces tengan capacidad de actualizar las normas a las situaciones nuevas." SU-017/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero)

Debe entenderse entonces que el error judicial al que hace referencia la norma demandada justifica el cambio de jurisprudencia en los términos expresados, pero no constituye una facultad del juez para desechar la doctrina de la Corte Suprema de Justicia sin un fundamento explícito suficiente.

3.- Doctrina probable de la Corte relacionada con el presente asunto.

3.1.- El problema de la reticencia y sus efectos en la validez del pacto aseguratorio ha sido abordado por la Corte en múltiples ocasiones, particularmente en SC 1º junio de 2007. exp. No. 66001-3103-004-2004-00179-01, se hizo una interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, a partir del cual se establecieron tres (3) inferencias a saber:

4. Del referido texto legal se puede deducir lo siguiente:

4.1. *Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas.*

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

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, 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. (Subraya intencional).

Estos argumentos fueron reiterados en SC 25 mayo 2012 exp. 05001-3103-001-2006-00038-01; SC 1º sep. 2010 exp. 2003-00400 y en SC2803-2016, de ese modo, la interpretación y alcance de la mencionada disposición constituye doctrina probable de la Corte en esta materia.

particularmente en aspectos como: *i)* no puede exigirse nexo de causalidad entre la inexactitud o reticencia y el siniestro³, *ii)* no es necesario establecer cuál fue la intención del tomador al callar u omitir información relevante al momento de efectuar la declaración de asegurabilidad, porque «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».

Por otra parte, en SC 1º sep. 2010 exp. 2003-00400, reiterada en SC 25 mayo 2012 exp. 2006-00038-01, a manera de rectificación doctrinaria, dijo la Corte que «la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, 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».

3.2.- Acerca de la exigencia de practicar exámenes médicos para establecer el estado del riesgo traducido en las condiciones de salud del asegurado o tomador, en SC 02 ago. 2001 exp. 6146 la Corte se refirió al tema en términos de facultad, y no de obligatoriedad, porque «en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-», posición que fue reiterada en SC 26 abril de

³ En SC 11 abr. 2002 exp. 6825, también dijo la Corte que «la reticencia no tiene por qué ser la causa del siniestro, dado que tal exigencia no la contempla ley».

2007. exp. 110013103022-1997-04528-01, CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01 y SC2803-2016.

Respecto a los seguros de vida, además, la Corte se ha pronunciado acerca de la inescindible relación entre los artículos 1058 que regula la reticencia y el 1158 del Código de Comercio, conforme al cual *«[a]unque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar»*. Así, en SC2803-2016, acotó que *«siendo optativa la realización de análisis y exámenes para verificar el estado de salud del asegurado, quien a su vez está compelido en virtud de la ley a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo», no puede decirse que lo que calla lo asume irrestrictamente el asegurador»* y más puntualmente, en CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01,

Tratándose del estado del riesgo, no ofrece duda que el tomador de un seguro de vida tiene la carga de declararlo sinceramente (fase precontractual), según lo establece el artículo 1058 del Código de Comercio, y lo recalca, para que de ello no quede vacilación alguna, el artículo 1158 de la misma codificación, al precisar que, "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".

También es pertinente poner de relieve que esta Sala en SC 26 abr. 2007 exp. 1997-04528, al advertir la distorsión que efectuara el Tribunal de lo expresado por la Corte en fallos anteriores sobre aspectos relacionados con las averiguaciones que podía hacer el asegurador en los seguros de vida, precisó que,

(...) no es que en toda hipótesis el matiz profesional de la actividad del asegurador destina los efectos de la ausencia de sinceridad del solicitante del seguro y por ende excluya de tajo la nulidad del seguro, como apuradamente lo concluyó el tribunal citando en apoyo el sobredicho pasaje del fallo; ni por usom la Corte ha prohiado una tesis de semejantes alcances, ni allí ni en fallo de 2 de agosto de 2001, referido también por el ad-quem al sostener que pesando en el asegurador un deber de máxima diligencia y previsión, ningún efecto podía derivar de los vicios de la declaración de asegurableidad del señor García Ordóñez.

Como fácil se ve, otro es el contenido de esa carga de diligencia impuesta en el asegurador, de la cual, por lo demás, habla la mentada sentencia de 2 de agosto de 2001, donde a propósito de un caso donde disputábase si la sanción de nulidad había de sobrevenir fatalmente no obstante que el asegurador tuvo elementos a la mano para dudar de la fidelidad de la declaración de ciencia otorgó la cobertura, precisó la Corporación que justamente en tales eventualidades obra ese conocimiento presunto que ataja la ineficacia del contrato, en particular sobre reparar en el jaez profesional que reviste la actividad que tales instituciones desempeñan en ese ámbito.

Lo del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto "debido conocer" de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia –en últimas su profesionalismo–, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de "los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración", por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (Subraya intencional).

En las providencias citadas en los acápite que anteceden, es evidente que la Corte hizo prevalecer su criterio en esos puntos basilares al momento de analizar los cargos atribuidos a los juzgadores de segundo grado por violación directa o indirecta de normas sustanciales, en asuntos en los

que estaba de por medio la aplicación de la sanción de nulidad relativa prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

3.3.- Las premisas referentes a que esta Sala se ha pronunciado acerca de que la aseguradora está obligada a probar la mala del tomador, y a la interpretación «*pro consumatore*» de las pólizas de seguro de vida, carecen de referencias puntuales para su corroboración.

4.- La anterior reseña de algunas sentencias en las que se han tratado temas estrechamente relacionados con aquellos sobre los que versa el giro jurisprudencial propuesto en este fallo, ilustra que existen precedentes vinculantes de la Sala cuya modificación, en aras de la transparencia que debe orientar la actividad jurisdiccional, exige un razonamiento más amplio y comprensivo que involucre cuál es el estado actual de la jurisprudencia en esta temática y por qué se estima «errónea», así como una ponderada reflexión sobre aquellas circunstancias de la realidad jurídica actual o de búsqueda de la justicia material que ameritan un cambio tan significativo de la hermenéutica que esta Corporación le ha dispensado al artículo 1058 del Código de Comercio.

En la definición del recurso extraordinario una Corte de Casación tiene el deber de unificar la jurisprudencia, no de cualquier manera, ignorando, inadvertiendo o pasando por alto pronunciamientos anteriores en una línea coherente y consolidada, sino bajo criterios de razonabilidad que permitan a sus destinatarios, jueces y comunidad jurídica en

general, comprender los motivos por los cuales se desprende de su propio precedente y estructura uno diferente, apuntalados en un verdadero principio de razón suficiente.

5.- En la forma como quedó estructurada esta sentencia, no puede menos que generar perplejidad en quienes la consulten, particularmente, en orden a comprender si da cuenta de una posición de la Corte clara y racionalmente orientada a apartarse de su precedente en cuanto a la interpretación y alcance del artículo 1058 del Código de Comercio en armonía con el 1158 de la misma obra, o si, simple y llanamente está admitiendo el efecto vinculante de los fallos dictados en acciones de tutela por distintas salas de revisión de la Corte Constitucional.

Sobre esto último, es indiscutible la fuerza vinculante de las sentencias de la Corte Constitucional proferidas en sede de control abstracto de constitucionalidad [C] que conforme al artículo 243 de la Carta Superior hacen tránsito a cosa juzgada y cuyos efectos son *erga omnes*, pues al tenor del inciso 1° del artículo 2° del Decreto 2067 de 1991, dichas sentencias “*tendrán el valor de cosa juzgada constitucional y son de obligatorio cumplimiento para todas las autoridades y los particulares*”; e igual efecto puede predicarse de aquellas dictadas en el marco de la revisión de fallos de tutela para unificar jurisprudencia [SU]. No obstante, tratándose de las sentencias dictadas por sus salas de revisión [T], la misma Corporación ha sostenido que su carácter vinculante emerge de la *ratio decidendi*.⁴

⁴ Cfr. C-539-2011, T-233-2017, entre otras.

Para el caso en estudio, aunque es cierto que se han emitido múltiples pronunciamientos sobre esta temática, también lo es que ninguno de ellos ha sido de unificación, de manera que aún si lo que se pretendía era acoger tales lineamientos, debió escrutarse en forma más detallada la *ratio decidendi* de las distintas providencias, para establecer su valor de precedentes constitucionales, con mayor razón si emanan de diferentes salas de revisión lo que repercute en la visión y forma de analizar los asuntos sometidos a su discernimiento y de adoptar sus determinaciones.

Ahora bien, en la materia que provoca esta aclaración, tiene relevancia que, como regla general, en los fallos emitidos por las salas de revisión de la Corte Constitucional, se efectuó el correspondiente estudio de los requisitos de procedibilidad de las acciones de amparo, entre ellos la *subsidiariedad*, por virtud del cual, éstas devendrían improcedentes para decidir controversias suscitadas en asuntos de naturaleza contractual, y solo de manera excepcional, pueden serlo si el juez de tutela determina que los medios ordinarios de defensa judicial no son idóneos para proteger los derechos presuntamente vulnerados; y, existe certeza sobre la ocurrencia de un perjuicio irremediable que afecte derechos fundamentales.

En ese cometido, de manera principal, la Corte ha adoptado decisiones en dos sentidos:

- Declarar improcedentes las solicitudes de protección para discutir controversias contractuales y de contenido meramente económico, que no superaron el análisis del requisito de subsidiariedad, y que por lo mismo debían ser decididas por la jurisdicción ordinaria (T-086-2012⁵, T-501 de 2016 y T-734 de 2017, T-061 de 2020, entre otras).

- Conceder el amparo en aquellos casos que por sus especiales características superaron el control de procedibilidad y el requisito de la subsidiariedad por una grave afectación de las garantías más fundamentales de los accionantes, de manera que, pese a la existencia de otro mecanismo de defensa judicial, podía estructurarse un perjuicio irremediable, por ser sujetos de especial protección constitucional por su estado de indefensión o por encontrarse en situación de debilidad manifiesta.

De otra parte, las órdenes de protección conferidas en el marco de este tipo de asuntos, se emitieron en favor de personas en estado de indefensión en razón de un alto grado de pérdida de capacidad laboral y ausencia de ingresos para solventar sus necesidades básicas, como aconteció en los casos acumulados y resueltos en T-027 de 2019, así como en T-490 de 2009, T-832 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-240 de 2016; otras en atención a que debido al incumplimiento de la aseguradora, se había iniciado proceso ejecutivo en contra del afectado, por ejemplo, en T-557 de 2013 y T-501 de 2016 y una importante

⁵ Al resolver acerca de tres acciones de tutela acumuladas.

cantidad, para brindar protección a derechos fundamentales como la vida, vida digna, mínimo vital y salud (T-832 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-437 de 2014, T-865 de 2014, T-240 de 2019, T-058 de 2016, T-094 de 2019, entre otras).

De allí, que la reconstrucción de la *ratio decidendi* de tan disímiles situaciones y prolífica jurisprudencia constitucional sobre estas controversias en las que, además, surgen con frecuencia aclaraciones y salvamentos de voto de los integrantes de las distintas salas de revisión, supone un seguimiento más detenido para establecer sin lugar a equívocos las subreglas constitucionales creadas y su obligatoriedad.

Por lo demás, llama también la atención que aunque este proveído está guiado principalmente por decisiones de la Corte Constitucional, no se haya efectuado una ineludible cavilación acerca de lo expuesto sobre el ítem de la causalidad en C232 de 1997, por la cual se declaró la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, en especial al acápite en que se fijó el sentido de dicho precepto:

Con base en la redacción de la norma y en las actas números 12, 13, 14, 17, 18, 52, 73, 74, 90 y 91 del Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio (publicadas en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros "Acoldense", Bogotá, Unión Gráfica Ltda., páginas 91 a 99), que al decir del profesor J. Efrén Ossa G. (q.e.p.d.), "constituyen útil material informativo para el exégeta que desee aproximarse a la raíz de las normas legales que, conforme al Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio, gobiernan el Contrato de Seguro", es posible afirmar que del artículo 1058 del Código de Comercio, surge un régimen estructurado sobre las siguientes bases:

(...)

j) Como se deduce del acta número 73, para que la nulidad relativa pueda declararse "(...) no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro". (subraya intencional).

Tal aspecto fue desarrollado en las consideraciones quinta, sexta y séptima del mismo fallo, dado que, la demanda solicita la inexecutable o constitucionalidad condicionada de la nulidad relativa del seguro, pues parte de la base de que las reticencias o inexactitudes en la declaración de asegurabilidad tienen que estar en relación de causalidad con el siniestro. (Subraya intencional).

Por lo anterior, muy a pesar de que, con posterioridad a la expedición de la citada sentencia que encontró ajustado a la Carta Política el artículo 1058 del Código de Comercio en su integridad -cuya fuerza vinculante emerge del artículo 243 de la Constitución y del artículo 2º (inc. 1º) del Decreto 2067 de 1991-, la Corte Constitucional en sede de revisión de acciones de tutela haya mirado el tema de la causalidad desde otra perspectiva, lo cierto es que nunca ha dictado por su sala en pleno una sentencia de unificación [SU] sobre esa materia con efectos *erga omnes*; de ahí que, en el fallo que nos ocupa, ha debido la Sala analizar explícitamente el carácter vinculante que le está confiriendo a la *ratio decidendi* de tan disímiles pronunciamientos, por encima de lo razonado en una sentencia de constitucionalidad.

6.- Estas elucubraciones sirven para exaltar que siendo la especialidad civil de la Jurisdicción ordinaria el juez

natural de este tipo de controversias y que en cabeza de la Corte radica la tarea de unificar la jurisprudencia, es irrefutable la trascendencia de la argumentación en la que se edifique un fallo como el presente, no solo en punto a los motivos claros, contundentes y concatenados para alejarse de su doctrina probable, que supone *«esté razonablemente justificado conforme a una ponderación de los bienes jurídicos involucrados en el caso particular»*⁴, sino también respecto al efecto que le confiere al precedente constitucional en la misma materia.

7.- Ante la ausencia de una concreta y explícita motivación que abarque las razones por las cuales se impone en esta oportunidad la modificación de la doctrina probable de la Corte respecto al estándar interpretativo del artículo 1058 del Código de Comercio, se pierde una invaluable oportunidad de reconsiderar las posiciones de antaño, en menoscabo de la calidad de la carga argumentativa que ello exige, estando de por medio el respeto por los caros principios de igualdad ante la ley, buena fe y seguridad jurídica.

Con mi acostumbrado respeto,



OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado

⁴ C-836-2001.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL
Sala Sexta de Revisión

SENTENCIA T-344 de 2024

Referencia: Expedientes T-9.975.658 y T-10.012.873 (AC)

Revisión de las decisiones judiciales relacionadas con las solicitudes de tutela presentadas por: (i) *Andrés* en contra de Axa Colpatria Seguros S.A. y Banco Itaú CorpBanca Colombia S.A., y (ii) *Alberto* en contra de HDI Seguros Colombia y Cooperativa de Ahorro y Crédito Fincomercio Ltda.

Magistrado sustanciador:
ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Síntesis de la decisión. La Sala Sexta de Revisión de la Corte constitucional decidió revocar las sentencias proferidas dentro de los procesos de tutela acumulados por encontrar que, contrario a lo sostenido por los jueces de instancia, cumplen los requisitos de procedencia de la acción de tutela y, en consecuencia, procedía el estudio de fondo de las solicitudes formuladas.

La Sala encontró que la objeción al pago de la indemnización por parte de las aseguradoras demandadas vulneró los derechos fundamentales al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes. En efecto, al no demostrar el elemento subjetivo de la reticencia operó la regla de conocimiento presuntivo. En consecuencia, se les ordenó realizar los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo garantizado en las pólizas.

Bogotá D.C., veintiuno (21) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

La Sala Sexta de Revisión, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, decide sobre la revisión de los siguientes fallos de tutela:

(i) Proceso T-9.975.658: fallo proferido el 7 de diciembre de 2023 por el Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito de Bogotá D.C., que confirmó la sentencia de 31 de octubre de 2023 proferida en primera instancia por la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C., quien resolvió declarar improcedente la solicitud de tutela presentada¹ por *Andrés* en contra de Axa Colpatria Seguros S.A. y el Banco Itaú CorpBanca Colombia S.A.

¹ Acción de tutela presentada el 17 de noviembre de 2023. Expediente digital. Acta de Reparto, p. 1.

(ii) Proceso T-10.012.873: fallo proferido el 15 de diciembre de 2023 por el Juez Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia), que confirmó la sentencia proferida en primera instancia el 17 de noviembre de 2023 por el Juzgado Primero Municipal de Envigado por medio de la cual se declaró improcedente la solicitud de tutela presentada por *Alberto* en contra de HDI Seguros Colombia.

Aclaración preliminar

La Sala ha decidido, como medida de protección del derecho a la intimidad personal de los solicitantes, omitir los nombres y cualquier dato que permita su identificación en ambos expedientes². Adicionalmente, en la parte resolutive de esta sentencia, se ordenará a la Secretaría General de la Corte Constitucional y a las autoridades judiciales competentes, mantener en reserva la identificación de los promotores del amparo. En consecuencia, en el expediente T-9.975.658, el accionante será identificado como *Andrés*; y en el expediente T-10.012.873 el accionante será identificado como *Alberto*.

I. ANTECEDENTES

1. Proceso T-9.975.658

1.1. Hechos relevantes:

1. El 7 de marzo de 2022 el señor *Andrés* adquirió el crédito de libre inversión Nro. 337170908-00 con el Banco Itaú Corpbanca Colombia S.A.³ (en adelante, banco Itaú), por un valor inicial de \$75 millones el cual fue desembolsado el 24 de marzo de 2022.

2. Axa Colpatria Seguros S.A. (en adelante, aseguradora Axa) expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor No. 53986 a favor del banco Itaú con el fin de otorgar cobertura a los deudores de créditos en caso de muerte o incapacidad total y permanente. Con ocasión del otorgamiento del crédito, el señor *Andrés* fue incluido en el Grupo Deudor, y el 2 mayo de 2022 le fue expedida la póliza No. 439235 en la que el accionante aparece como asegurado y el Banco Itaú como tomador y beneficiario⁴.

3. El 6 de septiembre de 2023, el accionante -quien a la fecha tiene 43 años de edad-, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 52,17% con origen en enfermedad y riesgo común, con fecha de estructuración el 27 de abril de 2023. La calificación fue solicitada por Colfondos Pensiones y Cesantías (en adelante, Colfondos) y la calificadora fue la Compañía de Seguros Bolívar S.A. Dirección Nacional de Pensiones (en adelante, Seguros Bolívar)⁵.

4. El 6 de septiembre de 2023 el accionante cumplió con la diligencia mínima establecida como requisito de reclamación directa ante el banco Itaú y la aseguradora Axa, trámite contemplado en el literal b) del artículo 58 de la

² En virtud de lo dispuesto en la Circular Interna Nro. 010 de 2022.

³ Contestación de la acción de tutela Axa Colpatria Seguros S.A., pp. 280 a 283.

⁴ Acción de tutela, p. 32.

⁵ Dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional, Acción de tutela, p. 38.

Ley 1480 de 2011, en concordancia con la Ley 1328 del 2009⁶, la cual tenía por objeto cubrir el saldo insoluto del crédito de libranza adquirido por el solicitante.

5. El 25 de septiembre de 2023, la aseguradora Axa objetó de manera formal la reclamación, al evidenciar en el proceso de revisión de la documentación aportada y obtenida al momento de la suscripción, que el señor *Andrés*, presentaba antecedentes médicos cuando diligenció y firmó el “formato solicitud de productos persona natural”, incurriendo con ello en la omisión de entrega de información y consecuente reticencia, en tanto no declaró su verdadero estado de salud al momento de contratar el seguro.

6. Explicó que estas “preexistencias constituyen un elemento fáctico que se configura dentro del contrato de seguros suscrito, como una causal de EXCLUSIÓN que libera a esta Compañía Aseguradora de toda obligación”⁷. Las preexistencias referidas por la aseguradora en su respuesta a la reclamación fueron las siguientes:

Fecha	Antecedente Médico	Entidad Hospitalaria
06/06/2023	<u>(25/07/2014) Escleroderma localizado (morfeal (L940): Sospecha ATEP: No.</u> (18/09/2013) Síndrome de raynaud (I730); Sospecha ATEP: No.	SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
05/09/2023	15/06/2022 medicina familiar sanitas centro médico soacha: Paciente con cuadro <u>clínico de 8 meses de evolución</u> consistente en calcificación en manos, dolor en pie izquierdo, fue llevado a cirugía en pie izquierdo para lo cual ha mejorado el dolor, tiene pendiente cirugía por la calcificación de las manos, asiste para valoración. Revisión por sistemas: cardiovascular, disnea de grandes esfuerzos, sin cambios. Respiratorio: tos seca 3 semanas. Digestivo: hábito intestinal normal. Genito urinario: niega. Colagenosis crest calcinosis: niega calcificación, raynaud positivo, esclerosis sl, dismotilidad esofágica: si, telangiectasias sl. - reumatológico general u orales/aftas (no), exantemas fotosensibles (si en el cuello), caída de pelo (si). Pérdida de peso (no), orina espumosa, xerostomía si, xerosis cutis (si), xeroftalmia (no), uveítis (no), fiebre recurrente (nocturno 38 grados intermitente), denopatías/adenomegalias (no), parotidomegalia (no). Antecedentes personales: patológicos: 1. Calcinosis digital. 2. Enfermedad raynaud. 18/04/2022 calcio normal, creatinina normal, creatinina normal, factor reumatoideo positivo levemente. (27.5), fosfatasa alcalina normal, glicemia normal, ac scl 70negativo, enas anti la, ro, mp, sm negativo, anas patrón centrómero 1/2560- granula 1/160, ac anti centrómero ifi negativo. 17/09 /2021 col total normal, hdl disminuido, ldl normal, tg elevados forma moderada (378), hiperlipidemia por tg, creatinina normal, glicemia elevada rango de prediabetes, cuadro hemático normal, uroanálisis normal, pas negativo. 18/05/2022 tacar: nódulo pulmonar subcentimétrico en el segmento posterior del lid de carácter indeterminado de apariencia benigna. 13/04/2022 ecocardiograma tt: ventrículo izquierdo con tamaño normal y función sistólica conservada, disfunción diastólica tipo i sin incremento de presión de fin de diástole, ventrículo derecho de tamaño y función sistólica preservada. Probabilidad baja de hipertensión pulmonar. 14/02/2022 rx de pie izquierdo: material de osteosíntesis conformado por aguja en quinto dedo del pie en relación con tratamiento quirúrgico por fractura en cabeza de quinto metatarsiano, sin signos de desplazamiento o infección. 22/09/2021 rx de manos bilateral: hallazgos descritos en posible relación con osteocondromatosis sinovial en partes blandas de la falange distal del primer dedo de ambas manos a predominio de la derecha. Capilaroscopia 28/04/2022: estadio 2 n. Capilares disminuidos 3, tortuosidad 2, dilataciones 2, hemorragias 2. Capilares ramificados 1, mega capilares 1, avasculares 1, polaridad pérdida, plexo venoso ausente, flujo sanguíneo normal. Ef: extremidades superiores: presenta depósitos de calcio en pulgares con edema, presenta dolor articular if bilateral, mf positivas, hiperestésias en manos, palidez y cianosis, limitación para prensión. Extremidades inferiores: normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema. Osteomusculoarticular: sin alteraciones. Examen neurológico: alerta, orientado, sin déficit aparente. Piel y faneras: normal. Plan: - pendiente control por reumatología. Se solicita perfil lipídico por riesgo cardiovascular - control por medicina familiar con exámenes. <u>Diagnóstico: 1. Esclerosis sistémica variedad limitada. C: calcinosis cutánea r: raynaud positivo. Es: reflujo positivo t: telangiectasias negativo. -anas positivo 1/160 -ac anti centrómero 1/2560- anti scl 70 negativo 1.1 dolor digital secundario de difícil control.</u>	DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL SEGUROS BOLIVAR

7. No obstante, aseveró que los anteriores diagnósticos no fueron los únicos en los que se basó el dictamen que calificó su pérdida de capacidad laboral, pues fueron otras las patologías que determinaron su pérdida en más del 50%, a saber:

- “-Diagnóstico Asociado 1 (06/07/2022): Dolor crónico intratable (R521), Confirmado repetido.
- Diagnóstico Asociado 2 (24/11/2022): Fibromialgia (M797), Confirmado repetido.

⁶ Acción de tutela, p. 53.
⁷ Escrito de tutela, p. 75.

-Diagnóstico Asociado 3 (24/11/2022): Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F412), Confirmado repetido.
 -Diagnóstico Asociado 4 (29/05/2023): Trastorno muscular, no especificado (M629), Confirmado repetido.
 -Diagnóstico Principal (02/09/2022): Esclerosis sistémica, no especificada (M349), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general; sin actividad de la enfermedad aparentemente; así consta en la historia clínica de la calificación de pérdida de capacidad laboral con fecha del 27/04/2023”⁸.

8. El accionante afirmó que acude a la acción constitucional porque no cuenta con recursos para cubrir sus gastos y los de su núcleo familiar.

1.2. Solicitud de protección constitucional

9. El señor *Andrés* solicitó la tutela de sus derechos fundamentales⁹ al mínimo vital y a la vida digna, cuya violación la atribuye a la aseguradora Axa al objetar de manera formal la reclamación presentada para el pago de la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente derivada del contrato de seguro de vida Grupo Deudor suscrito entre la aseguradora y el banco Itaú.

10. Afirmó que se encuentra en mora con el crédito debido al uso de sus auxilios de incapacidad y ahorros para cubrir los pagos, y afirmó que la aseguradora, a pesar de continuar recibiendo pagos, objetó la indemnización basada en las mencionadas preexistencias sin considerar otras enfermedades graves diagnosticadas posteriormente que fueron determinantes en su incapacidad.

11. Considera que la falta de un examen médico adecuado y la ambigüedad en los términos del seguro, sumado a la aceptación tácita del contrato por parte de la aseguradora, fundamentan la protección constitucional solicitada.

12. En consecuencia, solicitó ordenar a la aseguradora Axa y al banco Itaú, reconocer el pago de la indemnización de la póliza por el acaecimiento de una pérdida de capacidad laboral por enfermedades diagnosticadas dentro de la vigencia de la póliza y, en consecuencia, saldar la deuda. Así mismo, solicitó que se le ordene al banco Itaú el reintegro de las cuotas que hayan sido pagadas con ocasión del crédito de libranza a partir de la notificación del dictamen médico de pérdida de capacidad laboral.

1.3. Trámite en instancia

13. Mediante auto de 18 de octubre de 2023, la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C., admitió para su trámite la acción de tutela; requirió información a las entidades accionadas; y vinculó oficiosamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A., a Ekomercio S.A.S., a Sanitas E.P.S., a la Clínica Colsanitas S.A., a la Superintendencia Financiera, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá (Cundinamarca), y a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

⁸ Fallo de primera instancia, p. 3.

⁹ Acción de tutela, presentada el 17 de noviembre de 2023, Acta de Reparto p. 1.

1.4. Oposición en instancia

14. La Superintendencia Financiera solicitó su desvinculación por falta de legitimación en la causa por pasiva. Argumentó que, conforme a sus funciones administrativas, no es competente para interferir en las relaciones comerciales entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, ni para fungir como juez natural para conceder o negar derechos ligados a dichas relaciones comerciales, entre otros motivos.

15. La sociedad Ekomercio Electrónico S.A.S. solicitó ser desvinculada en tanto las pretensiones se dirigen contra la aseguradora Axa. Además, argumentó que desconocía las condiciones del crédito concedido y la póliza suscrita entre el accionante y las convocadas.

16. La Junta Nacional de Calificación de Invalidez manifestó que, al revisar su sistema de radicación, no se evidenció expediente alguno a nombre del accionante. De acuerdo con sus funciones, indicó que solo es responsable del trámite de calificación en segunda instancia, una vez le sean remitidos los expedientes por las Juntas Regionales. En consecuencia, solicitó su desvinculación por falta de legitimación por pasiva.

17. La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá (Cundinamarca) también solicitó su desvinculación en tanto las pretensiones no se dirigen en su contra. Además, manifestó que, al revisar sus sistemas de información, no se evidenció el pago de honorarios por parte del accionante para llevar a cabo la calificación correspondiente.

18. La Clínica Colsanitas S.A. solicitó ser desvinculada por falta de legitimación en la causa por pasiva, argumentando que las pretensiones se dirigían al pago del seguro de vida adquirido por el accionante, y no a la atención en salud. Además, aseguró que su entidad no lesionó derecho fundamental alguno en tanto simplemente actúa como la IPS tratante del demandante.

19. Seguros Bolívar solicitó su desvinculación porque, tras revisar los hechos objeto de la tutela y sus pretensiones, evidenció que estas se dirigen al reconocimiento del pago de un seguro de vida, responsabilidad que recae sobre las entidades accionadas.

20. El banco Itaú solicitó su desvinculación porque la pretensión principal consiste en el pago del seguro adquirido con la aseguradora Axa. Añadió que su objeto social le impide suscribir contratos de seguro.

21. La aseguradora Axa solicitó declarar la improcedencia de la acción. Por un lado, consideró que no se supera el requisito de subsidiariedad en tanto del contrato de seguro se derivan acciones civiles que resultan plenamente idóneas, además de que no hay prueba de la supuesta vulneración del mínimo vital ni de perjuicio irremediable alguno. Por otro lado, destacó que, con base en lo consignado en el formulario de pérdida de capacidad laboral emitido por Seguros Bolívar, para la fecha del otorgamiento del crédito y contratación de la póliza, el accionante ya presentaba antecedentes médicos que no fueron comunicados a la aseguradora.

1.5. Decisiones judiciales objeto de revisión

1.5.1. Decisión de primera instancia

22. El 31 de octubre de 2023, la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C. declaró la improcedencia de la acción por incumplir el requisito de subsidiariedad en tanto el accionante acudió directamente a la tutela sin agotar previamente las vías judiciales ordinarias pertinentes para resolver sus pretensiones sobre el cobro de la póliza de seguro vinculada a su crédito con el banco Itaú. La juez también consideró que los argumentos del accionante, basados en su incapacidad laboral y los insuficientes ingresos para cubrir sus gastos y deuda, no establecían un estado de indefensión actual ni demostraban una vulneración de derechos fundamentales. En todo caso, consideró que se trata de un litigio contractual sobre la interpretación de las enfermedades excluidas de la póliza que debe ser resuelto por el juez natural.

23. Por último, la juez desvinculó del proceso a Seguros Bolívar, a Ekocommerce S.A.S., a Sanitas E.P.S., a la Clínica Colsanitas S.A., a la Superintendencia Financiera, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá (Cundinamarca), y a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

1.5.2. Impugnación

24. Mediante escrito de 2 de noviembre de 2023, el accionante impugnó la decisión por considerar que la juez no valoró adecuadamente su situación de debilidad manifiesta. En todo caso, alegó que la aseguradora Axa no practicó examen médico alguno al momento de suscribir el contrato, ni excluyó de manera expresa las enfermedades que padecía. Con ello habría incumplido sus obligaciones. Al efecto, citó varias sentencias de la Corte Constitucional que respaldan la procedencia de la tutela en casos similares y reafirman la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital y vida digna, enfatizando que los otros mecanismos judiciales no son idóneos ni efectivos para salvaguardar sus derechos en su caso particular.

1.5.3. Decisión de segunda instancia

25. El 7 de diciembre de 2023, el Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito Bogotá D.C. confirmó la sentencia de primera instancia. Sostuvo que la acción de tutela no era el mecanismo adecuado para resolver las diferencias surgidas del contrato de seguro entre el accionante y la aseguradora Axa. Por el contrario, la objeción por reticencia de la aseguradora debe ser dirimida por la jurisdicción ordinaria por su naturaleza contractual, la cual requiere de un análisis legal detallado que no se puede garantizar mediante un mecanismo de protección urgente de derechos fundamentales.

2. Proceso T-10.012.873

2.1. Hechos relevantes

26. El señor *Alberto* tiene 45 años de edad y fue diagnosticado con “cáncer de páncreas duodeno irresecable - etapa tres (terminal)”¹⁰, en julio de 2021. Debido a la etapa avanzada de su enfermedad, requiere continuas sesiones de quimioterapia y exámenes médicos. Ello le genera altos gastos de transporte y acompañamiento por la incapacidad de sus familiares para asistirlo. Es el único que provee para él y su familia.

27. En febrero de 2021, *Alberto* suscribió un contrato de seguro de vida con cobertura para incapacidad total o permanente con HDI Seguros, a través de la Cooperativa Financiera de Ahorro y Crédito Fincomercio Ltda (en adelante, Fincomercio). Dicha póliza entró en vigencia el 1º de marzo de 2021 y se extiende hasta septiembre de 2024. Incluye amparo de vida e incapacidad.

28. El 23 de julio de 2021, el señor *Alberto* solicitó un anticipo del 50% del amparo básico de vida y una renta mensual de gastos para el hogar por 12 meses, conforme al clausulado de la póliza. Sin embargo, el 22 de octubre de 2021, HDI Seguros negó la solicitud con el argumento de que “el padecimiento se venía manifestando antes de su ingreso a la póliza, toda vez que desde diciembre 2020 se había informado al señor *Alberto*, que se debía realizar exámenes”.

29. El 4 de octubre de 2023, el accionante elevó una solicitud similar a la ya rechazada por HDI Seguros, y el 24 de octubre siguiente, la aseguradora negó nuevamente la petición. Sostuvo que la enfermedad fue reportada más de dos años después de su diagnóstico inicial y no había sido declarada previamente por el asegurado. Adujo que “[...] Teniendo en cuenta que el padecimiento (Tumor Maligno de la Cabeza del Páncreas), fue causado y acelerado por sus antecedentes (enfermedad del páncreas, no especificada, otras pancreatitis crónicas) en estudio y evolución desde el año 2020, no se originaron estando asegurado bajo el presente amparo, no fueron declarados y son anteriores a estar cubierto bajo la póliza expedida por la compañía, o sea son preexistentes, por lo tanto, no es posible atender favorablemente su solicitud, por lo que en la fecha HDI SEGUROS DE VIDA S.A., la objeta de manera formal y oportuna”¹¹.

30. Colpensiones evaluó a *Alberto*, determinando una pérdida de capacidad laboral del 57.02% con fecha de estructuración el 6 de junio de 2023.

2.2. Solicitud de protección constitucional

31. El 2 de noviembre de 2023, el señor *Alberto*, solicitó la protección de su derecho fundamental a la vida y otros derechos conexos, los cuales consideró vulnerados tanto por HDI Seguros Colombia como por Fincomercio, al negar la asistencia contratada.

32. En consecuencia, solicitó ordenar a HDI Seguros la activación efectiva de la póliza para cubrir los anticipos por enfermedades graves y una renta mensual para gastos del hogar por 12 meses, según lo estipulado en el contrato.

2.3. Trámite procesal de instancia

¹⁰ Acción de tutela, p. 1.

¹¹ Documento de negación de póliza, p. 1.

33. Mediante auto de 3 de noviembre de 2023 el Juzgado Primero Municipal de Envigado (Antioquia) admitió la acción de tutela y concedió dos días a las accionadas para presentar informes en ejercicio de su derecho a la defensa.

2.4. Oposición en instancia

34. HDI Seguros solicitó declarar la improcedencia de la acción. Advirtió, por un lado, que la acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver el reconocimiento de un contrato de seguro en tanto corresponde resolverla al juez ordinario. Esto en la medida que la controversia se centra en la inconformidad del actor con la objeción de la entidad para hacer efectiva la póliza. Al ser una cuestión meramente económica, no se afectan derechos fundamentales ni se trata de un asunto con relevancia constitucional. Por otro lado, sostuvo que no se cumplen los requisitos excepcionales para la procedencia de la acción de tutela. En efecto, al actor le fue reconocida una pensión por parte de Colpensiones de manera que cuenta con recursos económicos suficientes y no hay riesgo de que sufra un perjuicio irremediable.

35. Fincomercio solicitó ser desvinculado de la causa en tanto su actuación se limitó a suscribir un convenio con terceros para que los asociados adquieran seguros a precios más favorables. Explicó que, en virtud de dicho convenio, únicamente presta el servicio de recaudo que no implica pago por concepto de seguro o intermediación. Por ello, no tiene injerencia alguna en los términos del contrato de seguro ni conocimiento de las reclamaciones realizadas por el accionante. En todo caso, consideró que la solicitud es improcedente por circunscribirse a diferencias derivadas de un contrato de seguro, ámbito que corresponde a la jurisdicción civil ordinaria.

2.5. Decisiones judiciales objeto de revisión

2.5.1. Decisión de primera instancia

36. El 17 de noviembre de 2023 el Juzgado Primero Municipal de Envigado (Antioquia) declaró improcedente el amparo por incumplir el requisito de subsidiariedad. Explicó que, si bien la condición de salud y la pérdida de capacidad laboral del accionante permiten cierta flexibilidad en el estudio del requisito de subsidiariedad, no se demostró la falta de eficacia de los mecanismos ordinarios que justificarían la intervención del juez de tutela, ni perjuicio irremediable alguno. Además, se trata de un asunto de naturaleza económica que debe ser ventilado ante la jurisdicción ordinaria civil. En efecto, tal como lo establece la sentencia T-379 de 2022, esa es la jurisdicción que ofrece los mecanismos adecuados para resolver disputas contractuales. Por último, desvinculó del trámite a Fincomercio.

2.5.2. Impugnación

37. El accionante impugnó la decisión de primera instancia. Explicó que su solicitud de tutela no busca discutir un tema contractual. Por el contrario, pretende la protección de sus derechos fundamentales a través del pago de los beneficios de la póliza de seguro que le permitirían cubrir los gastos inherentes a su enfermedad. En efecto, los medios ordinarios no resultan idóneos para su caso concreto debido a que su estado terminal de salud requiere medidas

urgentes que no solo no dan espera, sino que exigen una intervención judicial inmediata para evitar daños irreparables tales como la imposibilidad de asistir a sus citas médicas y cubrir los gastos básicos para él y su familia.

38. Indicó haber informado a la aseguradora sobre su diagnóstico de cáncer de páncreas el 23 de julio de 2021, un día después de recibirlo, y que no existía diagnóstico de enfermedad grave antes de esa fecha. Así mismo, aclaró que aun cuando Colpensiones le reconoció una pérdida de capacidad laboral del 57.02%, no ha recibido ningún pago de pensión. Por tanto, la negativa de la aseguradora a pagar los beneficios de la póliza es injustificada y atenta directamente contra sus derechos fundamentales.

2.5.3. Decisión de segunda instancia.

39. El 15 de diciembre de 2023, el Juzgado Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia) confirmó el fallo impugnado. Explicó que, aunque el accionante manifestó que sus derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad estaban en riesgo, la pretensión se centraba en un asunto económico. En todo caso, expuso que no se aportaron pruebas suficientes para demostrar que la falta de reconocimiento de la póliza afectaba el acceso a servicios de salud o los gastos personales y familiares del accionante.

3. Actuaciones adelantadas en sede de revisión

40. Los expedientes de la referencia fueron seleccionados y acumulados para revisión de la Corte Constitucional mediante auto de 22 de marzo de 2024, proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Tres.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

41. La Sala Sexta de Revisión es competente para revisar las sentencias de tutela proferidas dentro de los procesos de la referencia, con fundamento en el inciso segundo del artículo 86 y el numeral 9 del artículo 241 de la Constitución Política, y en los artículos 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

2. Problema jurídico y estructura de la decisión

42. Tal como se expuso en los antecedentes, el asunto bajo examen versa sobre la supuesta vulneración de los derechos fundamentales de los accionantes al mínimo vital y a la vida digna, como consecuencia de la negativa de las entidades aseguradoras accionadas de hacer efectivas las pólizas de seguros contratadas, con fundamento en la presunta reticencia de los asegurados al omitir información médica relevante para la determinación del estado del riesgo asegurable.

43. En ambos casos, los jueces de instancia consideraron incumplido el requisito de subsidiariedad por existir mecanismos judiciales idóneos para resolver los asuntos contractuales puestos a su consideración.

44. En consecuencia, corresponde a la Sala revisar si los fallos de tutela que declararon improcedente el amparo solicitado deben ser confirmados por estar ajustados a derecho, o revocados por carecer de fundamento en los términos de los artículos 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991. Para tal efecto, la Sala determinará si las entidades aseguradoras accionadas vulneraron los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes, al objetar las reclamaciones que presentaron por supuestamente haber incurrido en reticencia.

45. Al efecto, la Sala examinará (3) si se cumplen los requisitos de procedencia de la solicitud de tutela, caso en el cual revocará los fallos revisados por no estar ajustados a derecho. En el análisis de fondo del asunto que lo anterior habilita, reiterará la jurisprudencia sobre (4) la reticencia en el contrato de seguro, y (5) resolverá los casos concretos.

3. Análisis de los requisitos de procedencia de las acciones de tutela

3.1. Legitimación en la causa por activa

46. El artículo 86 superior establece que la acción de tutela es un mecanismo al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales. Por su parte, el artículo 10 del Decreto Ley 2591 de 1991 dispone que “podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante”.

47. La Sala constata que en ambos casos acumulados se cumple el requisito de legitimación en la causa por activa, pues los accionantes presentaron las respectivas solicitudes de tutela en nombre propio, alegando la presunta vulneración de sus derechos fundamentales.

3.2. Legitimación en la causa por pasiva¹²

48. El mismo artículo 86 superior y los artículos 1º y 5º del Decreto Ley 2591 de 1991 establecen que la acción de tutela procede contra cualquier autoridad pública e incluso contra particulares. En este último caso, según los artículos 86 de la Constitución y 42 del Decreto Ley 2591 de 1991, la tutela procede excepcionalmente contra particulares (i) encargados de la prestación de un servicio público, (ii) cuya conducta afecte de manera grave y directa el interés colectivo, y (iii) respecto de quienes el solicitante se encuentre en un estado de subordinación o indefensión¹³.

49. La jurisprudencia constitucional ha precisado que la subordinación corresponde a una “relación jurídica de dependencia”¹⁴ o “[a]l sometimiento en que se encuentra una persona en razón a un vínculo o título jurídico que lo ata con la entidad particular que presuntamente vulnera sus derechos”¹⁵; mientras que la indefensión “es un concepto de carácter fáctico que se configura cuando

¹² Se sigue la doctrina fijada en las Sentencias T-027 de 2022 y T-379 de 2022.

¹³ Sentencia T-463 de 2017.

¹⁴ Sentencia T-152 de 2006.

¹⁵ Sentencia T-490 de 2009.

una persona se encuentra en estado de debilidad manifiesta frente a otra”¹⁶, de modo que la primera “se [halla] inerme, desamparada, es decir, sin medios físicos o jurídicos de defensa o con medios y elementos insuficientes para resistir o repeler la agresión o amenaza de vulneración a su derecho fundamental”¹⁷. De ahí que la indefensión “se debe valorar conforme a las circunstancias de hecho presentes en el proceso, de manera que se compruebe la existencia de una desventaja ilegítima capaz de afectar los derechos fundamentales”¹⁸.

50. En el caso de controversias relacionadas con contratos de seguro, la jurisprudencia constitucional ha señalado que si bien la actividad aseguradora es de interés público¹⁹, no puede ser categorizada como un servicio público, ya que la póliza que se reclama no corresponde a una actividad que deba ser prestada en forma regular, permanente y continua, sino al objeto de un contrato orientado a amparar un riesgo específico²⁰. Además, tampoco existe una afectación al interés colectivo, pues entre el asegurador y el asegurado y/o beneficiario de la póliza surge un vínculo de carácter particular que habilita a este último a elevar una reclamación a título personal, con fundamento en la celebración del contrato de seguro²¹. A pesar de ello, ha admitido la procedencia de la tutela para decidir asuntos que involucran el pago de las prestaciones derivadas de un contrato de seguro, dada la situación de indefensión en que se encuentra el solicitante de los beneficios de la póliza frente a la compañía aseguradora.

51. Si bien algunas Salas de Revisión han considerado que “entre el tomador y la aseguradora, no existe subordinación alguna”²², pues “la consensualidad permite libremente al tomador aceptar y negociar el contrato en las condiciones establecidas por la aseguradora”²³, lo cierto es que la relación que se establece en este tipo de acuerdos no es consecuencia de una posición de igualdad entre las partes, ya que el contrato puede celebrarse entre personas con posiciones socio-económicas equivalentes o asimétricas²⁴. De allí que, en estos casos, la relevancia *ius fundamental* de la controversia sea directamente proporcional al grado de asimetría de los sujetos involucrados y a la importancia constitucional de los bienes, derechos, pretensiones, expectativas o intereses en tensión²⁵.

52. Al efecto, la Corte Constitucional ha determinado que la acción de tutela procede frente a las aseguradoras con fundamento en (i) la asimetría constitutiva de las partes; (ii) la situación de indefensión que supone como contrapartida la posición dominante de las aseguradoras (en algunas sentencias se habla incluso de una situación de subordinación similar a la existente en materia laboral o educativa)²⁶; y (iii) la noción de que la actividad aseguradora desborda el mero interés particular de cualquier relación contractual.

¹⁶ Sentencia T-015 de 2015.

¹⁷ Sentencia T-161 de 1993.

¹⁸ Sentencia T-490 de 2009.

¹⁹ En los términos previstos por el artículo 335 de la Constitución.

²⁰ Sentencia T-660 de 2017.

²¹ Sentencia T-463 de 2017.

²² Sentencia T-490 de 2009.

²³ Ibid.

²⁴ Sentencias T-591 de 2017 y T-658 de 2017.

²⁵ Sentencia T-591 de 2017.

²⁶ Sentencia T-103 de 2019.

53. En el seguro de vida de personas, el vínculo comercial que surge involucra un desequilibrio natural o “una relación de desigualdad que rompe el sinalagma del acuerdo”²⁷, “por virtud del cual el cliente o usuario se encuentra, por regla general, en una posición de disparidad económica e inferioridad frente a las empresas con las cuales contrata sus servicios”²⁸. En este, la relación contractual se desarrolla en un escenario de subordinación, similar al existente en materia laboral o educativa²⁹.

54. Justamente, el seguro es un contrato de adhesión en el que, por regla general, su contenido no es de libre discusión³⁰. Si bien existen eventos en los que la parte asegurada tiene un poder económico suficiente como para imponer a la compañía de seguros las propias condiciones que integrarán el clausulado, esta posibilidad es excepcional³¹.

55. Dada la marcada restricción de la voluntad de uno de los contratantes, el cual suele ser la persona económicamente menos fuerte³², en el seguro de vida la compañía aseguradora fija las condiciones en que prestará sus servicios o asumirá el riesgo, y así lo hace saber a la otra parte contratante para que esta, si le conviene y está de acuerdo, suscriba el contrato³³. A pesar de que el tomador tiene la posibilidad de conocer las condiciones en que va a contratar el seguro, no puede discutir el clausulado del contrato³⁴. Simplemente se adhiere a él y, por tanto, no tiene otra alternativa que aceptar todas y cada una de las cláusulas impresas en la póliza³⁵.

56. De acuerdo con lo anterior, la Sala tiene por probada la legitimación de la causa por pasiva en los asuntos acumulados: en el expediente T-9.975.658, en relación con la aseguradora Axa, y en el expediente T-10.012.873, en relación con la aseguradora HDI. Ello es así porque, de un lado, son las entidades que fijaron las condiciones contractuales en las que se otorgarían los

²⁷ Sentencia T-370 de 2015.

²⁸ Sentencia T-660 de 2017.

²⁹ Sentencia T-103 de 2019.

³⁰ Sobre la naturaleza del contrato de seguros como de “adhesión”, en Sentencia del 29 de agosto de 1980, la Corte Suprema de Justicia señaló: “[s]e ha dicho con estrictez que el contrato por adhesión, del cual es prototipo el de seguro, se distingue del que se celebra mediante libre y previa discusión de sus estipulaciones más importantes, en que una de las partes ha preparado de antemano su oferta inmodificable que la otra se limita a aceptar o rechazar sin la posibilidad de hacer contrapropuestas”.

³¹ Ello ocurre, por ejemplo, cuando la contraparte del asegurador es una gran empresa industrial, comercial o financiera que, mediante su preponderancia económica, la magnitud de valores asegurados y las primas, suele exigir condiciones especiales favorables a sus intereses y presionar la “adhesión” del asegurador a estas condiciones, so pena de la no celebración del contrato.

³² Si bien no puede afirmarse que en los contratos de adhesión el aspecto volitivo solo exista para uno de los contratantes, lo cierto es que este sí se presenta disminuido. Ello es así, por cuanto una parte se adhiere a condiciones preimpresas por otra que, normalmente, es la parte fuerte de la relación contractual. Justamente, el hecho de que las cláusulas se acepten tal y como aparecen redactadas es el fiel reflejo de la voluntad de los contratantes como condición para la existencia del contrato.

³³ Esto, a diferencia del acuerdo de voluntades que se realiza en contratos como el de compraventa, arrendamiento e hipoteca, entre otros, en los que las partes suelen discutir condiciones como las referentes al precio, calidad y forma de pago.

³⁴ Justamente, de su naturaleza de contrato de adhesión da cuenta el artículo 1624 del Código Civil, al disponer que “no pudiendo aplicarse ninguna de las reglas precedentes de interpretación, se interpretarán las cláusulas ambiguas a favor del deudor. Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de una falta de explicación que haya debido darse por ella”. En consecuencia, dado que la póliza la elabora el asegurador, si existen cláusulas oscuras o ambiguas se deben interpretar contra él.

³⁵ Existen otras circunstancias fundamentales por las cuales este es un contrato de adhesión que limita la voluntad de las partes para discutir su contenido. De una parte, su reglamentación en el Código de Comercio se encuentra dada a partir de normas imperativas, es decir, disposiciones que no pueden ser modificadas ni derogadas por las partes mediante la convención. Además, se prevén normas que, si bien no son de carácter imperativo, no pueden ser modificadas en su sentido original si tal modificación no se da a favor del asegurado. De otra parte, las pólizas que las compañías de seguros ofrecen están sometidas a control por parte de la Superintendencia Financiera, entidad que orienta su actuar a la protección de los intereses de los asegurados y, en ese contexto, evita que se incluyan en estos modelos de pólizas cláusulas que pueden poner en inferioridad de condiciones a los asegurados o que otorguen ventajas indebidas para el asegurador.

seguros y se reconocerían las prestaciones aseguradas. Por tanto, los accionantes se encuentra en una situación de subordinación respecto de aquellas para reclamar la efectividad de los amparos previstos en los contratos de seguro. De otro lado, dichas aseguradoras son las que negaron el reconocimiento y pago de los amparos de la pólizas solicitados por los accionantes y objetaron la reclamación efectuada por aquellos. Por ende, son las llamadas a responder por la presunta vulneración de los derechos fundamentales de los tutelantes.

57. Las demás autoridades vinculadas no tienen legitimación en la causa por pasiva dado que no se evidencia ninguna acción u omisión de su parte que haya contribuido a la presunta vulneración de derechos que busca amparar el demandante y, además, fueron desvinculadas del trámite de tutela por los jueces de instancia.

3.3. Inmediatez

58. La acción de tutela es un mecanismo expedito que busca garantizar la protección inmediata de los derechos fundamentales cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares. Así, uno de los requisitos para evaluar su procedencia es la inmediatez. Lo anterior significa que, si bien la tutela puede formularse en cualquier tiempo, su interposición debe hacerse dentro de un plazo razonable y proporcionado a partir del evento generador de la supuesta amenaza o violación de los derechos fundamentales, so pena de que se determine su improcedencia³⁶.

59. En los procesos de la referencia, la Sala constata que las solicitudes de tutela fueron presentadas dentro de términos razonables desde las fechas de los hechos que generaron las presuntas vulneraciones de los derechos fundamentales³⁷. La solicitud de tutela a la que le corresponde el radicado T-9.975.658 fue presentada el 17 de noviembre de 2023, mientras que la reclamación fue objetada el 25 de septiembre del mismo año. En cuanto al radicado T-10.012.873, la respectiva demanda fue presentada el 2 de noviembre de 2023, y según lo alega el accionante en su escrito de tutela, la negación de la reclamación por parte de HDI Seguros tiene fecha de 24 de octubre de 2023.

3.4. Subsidiariedad

60. De acuerdo con los artículos 86 superior y 6 del Decreto Ley 2591 de 1991, la acción de tutela tiene carácter subsidiario. El principio de subsidiariedad determina que este mecanismo de protección es procedente siempre que no exista otro medio de defensa judicial; cuando exista, el mecanismo no sea idóneo y eficaz en las condiciones del caso concreto y sea necesaria la intervención del juez constitucional para conjurar o evitar la consumación de un perjuicio irremediable.

³⁶ Corte Constitucional, sentencias T-526 de 2005, T-834 de 2005, T-016 de 2006, T-692 de 2006, T-905 de 2006, T-1009 de 2006, T-1084 de 2006, T-792 de 2007, T-825 de 2007, T-243 de 2008, T-265 de 2009, T-299 de 2009, T-691 de 2009, T-883 de 2009, T-887 de 2009, T-328 de 2010, T-805 de 2012 y T-067 de 2020.

³⁷ Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-038 de 2017. La exigencia de inmediatez busca preservar la naturaleza de la acción, concebida como un remedio de aplicación urgente que demanda la protección efectiva y actual de los derechos fundamentales, como se ha reconocido, entre otras, en las sentencias SU-241 de 2015 y T-091 de 2018.

61. Esta Corte ha señalado que, en principio, la tutela no es procedente para solicitar que se haga efectiva la cobertura de los contratos de seguro, dado que, en principio, se trata (i) de un asunto de contenido económico, y (ii) de una controversia de carácter contractual que cuenta con otros medios judiciales de solución³⁸. Por consiguiente, las diferencias que se originan en la actividad aseguradora y en el objeto de protección o riesgo asegurado deben tramitarse ante los jueces ordinarios en atención a su carácter contractual³⁹.

62. Justamente, el beneficiario del seguro puede acudir a la jurisdicción ordinaria civil para solicitar que, mediante el proceso verbal⁴⁰ o verbal sumario⁴¹, se le imponga a la compañía aseguradora la obligación de reconocer las prestaciones previstas en la póliza, de acuerdo con “[e]l tipo de controversia originada en la relación de aseguramiento”⁴². Estos mecanismos cuentan con herramientas e instrumentos procesales que permiten a los interesados reclamar sus derechos, formular oposiciones frente a las actuaciones de las partes involucradas en el negocio jurídico objeto del litigio, y prevén amplias oportunidades para solicitar o controvertir pruebas y, si se considera necesario, interponer recursos⁴³.

63. Además, el medio de defensa ordinario contempla garantías para salvaguardar los derechos fundamentales de las partes y propende por la protección oportuna de los derechos en disputa⁴⁴. Esto se debe a que, de un lado, es posible solicitar la práctica de las medidas cautelares previstas en el artículo 590 del Código General del Proceso “para la protección del derecho objeto del litigio, impedir su infracción o evitar las consecuencias derivadas de la misma, prevenir daños, hacer cesar los que se hubieren causado o asegurar la efectividad de la pretensión”. Por otro lado, el artículo 121 del mismo estatuto señala que no podrá transcurrir un lapso superior a un año para dictar sentencia de primera o única instancia, contado a partir de la notificación del auto admisorio de la demanda o mandamiento ejecutivo a la parte demandada o ejecutada⁴⁵.

64. Por otra parte, el consumidor financiero puede acudir a la acción de protección al consumidor, para que, en ejercicio de las facultades jurisdiccionales conferidas por el artículo 57 de la Ley 1480 de 2011⁴⁶, la Delegatura de Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera decida, con carácter definitivo, las controversias relacionadas con la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones contractuales que las entidades vigiladas asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil o aseguradora⁴⁷.

³⁸ Sentencia T-027 de 2022.

³⁹ Ver, Corte Constitucional, Sentencias T-490 de 2009, T-832 de 2010, T-398 de 2014, T-393 de 2015 y T-282 de 2016.

⁴⁰ Estipulado en el artículo 368 del C.G.P.

⁴¹ Previsto por el artículo 390 del C.G.P.

⁴² Sentencia T-660 de 2017.

⁴³ Sentencia T-058 de 2016.

⁴⁴ Sentencia T-420 de 2021.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ En relación con este trámite, el párrafo 3º del artículo 24 del Código General del Proceso, al referirse a las facultades jurisdiccionales de las autoridades administrativas, dispone que estas “tramitarán los procesos a través de las mismas vías procesales previstas en la ley para los jueces. Las providencias que profieran las autoridades administrativas en ejercicio de funciones jurisdiccionales no son impugnables ante la jurisdicción contencioso administrativa [...] [L]as apelaciones de providencias proferidas por las autoridades administrativas en primera instancia en ejercicio de funciones jurisdiccionales se resolverán por la autoridad judicial superior funcional del juez que hubiese sido competente en caso de haberse tramitado la primera instancia ante un juez y la providencia fuere apelable. Cuando la competencia la hubiese podido ejercer el juez en única instancia, los asuntos atribuidos a las autoridades administrativas se tramitarán en única instancia”.

⁴⁷ Sobre este aspecto, en la comunicación remitida el 27 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera, esta entidad manifestó que “si lo que persigue la accionante es la resolución de una controversia contractual particular, el

65. No obstante, la jurisprudencia constitucional ha admitido la procedencia excepcional de la tutela para solucionar controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro cuando, de acuerdo con las circunstancias del caso, los medios ordinarios de defensa no sean eficaces ni idóneos para proteger los derechos fundamentales del accionante, “atendiendo las circunstancias en que se encuentra”⁴⁸, y se encuentre ante la ocurrencia de un perjuicio irremediable⁴⁹. En atención a estas circunstancias, es posible que la discusión acerca de una cobertura, la negativa a reconocer un siniestro⁵⁰ o cualquier otro desacuerdo “trasciendan la órbita eminentemente económica y tengan un efecto directo y específico en la vida digna, el mínimo vital o en otro derecho fundamental”⁵¹, como la vida⁵², la salud⁵³, el debido proceso⁵⁴, la igualdad⁵⁵, la educación⁵⁶ o la vivienda⁵⁷ –algunos de estos, alegados por los accionantes en los procesos acumulados–. En presencia de estos eventos, el conflicto “no corresponde a una

mecanismo idóneo para satisfacer sus pretensiones particulares es la acción de protección al consumidor, la cual puede ejercerse ante un juez ordinario o ante la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de esta Superintendencia que, en su calidad de juez especializado en el contrato financiero, cuenta con competencias legales suficientes para resolver las disputas contractuales que surjan entre un consumidor financiero y una entidad vigilada, siempre que se cumpla con todos los requisitos y cargas de un proceso judicial, conforme a los artículos 57 y 58 de la Ley 1480 de 2011”.

⁴⁸ De conformidad con lo dispuesto por el artículo 6.1 del Decreto 2591 de 1991, “[l]a existencia de dichos medios [hace referencia a otros recursos o medios de defensa judiciales] será apreciada en concreto, en cuanto a su eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentra el solicitante”.

⁴⁹ Por ejemplo, en la reciente Sentencia T-027 de 2022, se precisó: “La Sala constata que en el asunto bajo examen se satisface el requisito de subsidiariedad, pues si bien la accionante contaba con medios ordinarios de defensa judiciales para formular sus pretensiones y obtener la protección de sus derechos, (i) el asunto bajo examen trasciende la órbita económica e impacta los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional y (ii) al momento en que interpuso la tutela, la accionante se encontraba ante la configuración de un perjuicio irremediable”.

⁵⁰ Especialmente, la Corte ha admitido la procedencia de la tutela en controversias relacionadas con contratos de seguro en los eventos en que la falta de reconocimiento de la prestación económica impacte la garantía de los derechos fundamentales del solicitante. En ese sentido, ver las sentencias T-282 de 2016 y T-125 de 2021.

⁵¹ Sentencia T-557 de 2013. Criterio reiterado, a su vez, en las sentencias T-568 de 2015, T-501 de 2016 y T-660 de 2017.

⁵² En Sentencia T-032 de 1998, la Corte conoció acerca de un caso en el que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. le negó la cobertura de una cirugía a una beneficiaria de una póliza de hospitalización, cirugía y maternidad, bajo el argumento de que la póliza se encontraba cancelada por no pago. En relación con otras decisiones en las que se ha considerado la relevancia constitucional de la controversia por afectación del derecho a la vida, ver la Sentencia T-490 de 2009.

⁵³ Sentencia T-490 de 2009.

⁵⁴ Sentencia T-058 de 2016.

⁵⁵ En la Sentencia T-1118 de 2002 este Tribunal estudió una controversia en la que la Corporación para la Rehabilitación del Valle del Cauca, “entidad que agrupa a todas las instituciones educativas y de rehabilitación encargadas de educar y vincular a la sociedad con personas con discapacidades”, solicitó a La Previsora S.A. Compañía de Seguros la cotización de una póliza de accidentes escolares para la vigencia 2001-2002 para la población con discapacidad de las instituciones afiliadas a la Corporación, la cual fue negada “teniendo en cuenta las características del grupo asegurable”. En esa ocasión, la Corte precisó que “no cotizar el costo de la póliza «por las características del grupo asegurable» constituye un trato desigual sin justificación constitucional, esto es, un trato discriminatorio en razón de la condición física o mental de la persona. Dado que tal trato constituye una violación del principio de igualdad (artículo 13 C.P)”. También, en Sentencia T-073 de 2002, esta Corporación conoció acerca de un asunto en el que La Previsora S.A. negó la expedición de un seguro de vida grupo a un concejal electo del municipio de Calamar (Guaviare), para el amparo de los riesgos por pérdida de la vida e incapacidad total o permanente, bajo el argumento de que había sobrepasado la edad límite de permanencia (75 años), pues contaba con 83 años. En esa oportunidad, consideró que la tutela era procedente para reclamar el otorgamiento de un seguro de vida, en el evento en que se planteara la vulneración a un derecho fundamental como la igualdad “al excluirsele como asegurado en razón de su edad”. Esto, por cuanto en ese preciso supuesto el conflicto “no se trata de la obtención de una prestación de carácter económico, pues el actor no reclama que se le pague suma de dinero alguno o que se cumpla una prestación económica”.

⁵⁶ Sentencia T-094 de 2019.

⁵⁷ Sentencia T-027 de 2022. En esta decisión, la Corte superó el estudio de subsidiariedad de la acción de tutela a partir del siguiente argumento relevante: “El asunto bajo examen trasciende la órbita económica e impacta los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional. La Sala constata que si bien la demanda de tutela de la referencia contiene una pretensión económica encaminada a hacer efectiva la póliza del seguro de vida grupo deudores que amparaba el crédito hipotecario que la accionante adquirió con Bancolombia S.A., el asunto trasciende la órbita estrictamente económica, pues involucra los derechos a la vivienda, la vida digna, y el mínimo vital de un sujeto de especial protección constitucional que registra una considerable pérdida de su capacidad laboral y carece de suficientes recursos económicos” (resalto de la providencia original). En esta providencia, a pesar de que la Sala declaró la carencia actual de objeto por hecho superado y por hecho sobreviniente, con fundamento en lo dispuesto por el art. 24 del Decreto 2591 de 1991, previno a “Bancolombia S.A. y a Seguros de Vida Suramericana S.A. para que, en lo sucesivo, en estricto acatamiento de lo previsto en el artículo 3 de la Ley 1328 de 2009, (i) brinden a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, sobre sus obligaciones contractuales, y (ii) les ofrezcan alternativas orientadas a proteger sus derechos y satisfacer sus necesidades, en especial cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional”. Según precisó la Corte, las citadas entidades “incumplieron sus deberes de debida diligencia e información en la ejecución del contrato de seguro de vida grupo deudores que amparaba el crédito hipotecario que la accionante adquirió con esa entidad bancaria en noviembre 2009 y, de esa manera, amenazaron sus derechos fundamentales a la vivienda, la vida digna y el mínimo vital de un sujeto de especial protección constitucional”.

simple reclamación por pérdida, deterioro o destrucción de una mercadería, sino que el riesgo asegurado recae sobre un bien personalísimo”⁵⁸, de allí que sea procedente la acción de tutela para conjurar su amenaza o vulneración. Según lo ha precisado la jurisprudencia constitucional, “solo en aquellos casos en los que las actuaciones de las aseguradoras puedan incidir en el ejercicio de los derechos fundamentales, el juez de tutela tiene la potestad de examinar el conflicto contractual, para determinar si le asiste una protección especial al tomador de la póliza, en consideración a sus condiciones, y ordenar como consecuencia el pago de la misma”⁵⁹, para lo cual el presunto afectado “requiere demostrar, siquiera sumariamente, que el derecho fundamental se encuentra expuesto al daño alegado de no darse una medida de amparo en sede de tutela”⁶⁰. Esta última circunstancia es especialmente relevante si ante el incumplimiento de las obligaciones contractuales la aseguradora ha decidido iniciar un proceso ejecutivo en contra del reclamante⁶¹.

66. En todo caso, a efectos de examinar la procedencia de la tutela en este tipo de controversias, la jurisprudencia constitucional ha señalado que, en cada situación, se deben valorar las circunstancias particulares de los accionantes, como se deriva de lo dispuesto en la última parte del artículo 6.1 del Decreto 2591 de 1991, según el cual, la existencia de otros recursos o medios de defensa judiciales debe ser “apreciada en concreto, en cuanto a su eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentra el solicitante”.

67. De un lado, esta Corte ha señalado que la intervención del juez de tutela se justifica, por ejemplo, en presencia de una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de menores de edad, adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no cuentan con ingresos suficientes⁶². Esto es así, pues “para una persona de especial protección constitucional la negativa de las aseguradoras de hacer efectivas las pólizas puede generar situaciones socioeconómicas complejas que en algunos casos llegan [a] agravar su condición personal”⁶³. En estos eventos, el análisis de procedencia debe efectuarse en consideración a las repercusiones que la situación expuesta como sustento de la solicitud de amparo podría tener sobre el contexto particular del accionante en situación de vulnerabilidad, “teniendo en cuenta que su capacidad para reaccionar a la misma y defender sus derechos adecuadamente, se encuentra limitada”⁶⁴.

⁵⁸ Sentencia T-490 de 2009.

⁵⁹ Sentencia T-576 de 2015.

⁶⁰ Sentencia T-094 de 2019.

⁶¹ Esta última circunstancia, por ejemplo, fue valorada en la Sentencia T-027 de 2022: “De otro lado, la Sala observa que el asunto debatido en la acción de tutela involucra el derecho a la vivienda de un sujeto de especial protección constitucional e impacta su derecho fundamental a la vida en condiciones dignas. Ello es así, en la medida en que la negativa de las entidades accionadas a hacer efectiva la póliza del seguro de vida grupo deudores puso a la accionante en riesgo de perder su vivienda, pues no contaba con recursos económicos suficientes para pagar el saldo de la deuda, que se encontraba en mora desde marzo de 2019, debido a su acreditada incapacidad para trabajar. En consecuencia, el inmueble en el que actualmente reside con su familia pudo haber sido rematado en el marco del proceso ejecutivo hipotecario que Bancolombia S.A. promovió en su contra para obtener el pago del saldo insoluto de la deuda”.

⁶² Al respecto, ver las sentencias T-591 de 2017 y T-660 de 2017. En particular, en la Sentencia T-316 de 2015 la Corte conoció acerca de solicitudes de tutela en las que compañías aseguradoras negaron el pago de los beneficios previstos por pólizas de seguros que amparaban los riesgos de muerte e invalidez total y parcial, con fundamento en que los accionantes presuntamente habían incurrido en reticencia al momento de la celebración de los contratos.

⁶³ Sentencia T-658 de 2017.

⁶⁴ Sentencia T-738 de 2011. En esa oportunidad, la Corte decidió un caso en el que una persona que estuvo vinculada al Ejército Nacional solicitó al Banco Santander Colombia S.A. un préstamo que dio lugar al desembolso de \$21.500.000. El accionante señaló que al momento de la celebración del contrato informó al banco sobre su condición de salud (como consecuencia de haber sido herido en circunstancias del servicio) y la entidad bancaria le comunicó que “por el préstamo se tomaba una póliza de seguro que cubría los riesgos de invalidez y muerte”. Con posterioridad a la celebración del contrato,

68. De otro lado, en la Sentencia T-662 de 2013 se sintetizaron algunas circunstancias que el juez de tutela debe considerar al momento de verificar la procedencia de la solicitud en este tipo de asuntos, entre ellos señaló: (i) que “existe mayor probabilidad de vulnerar los derechos fundamentales cuando el interés del accionante no sea exclusivamente patrimonial”, como ocurre en el caso de los créditos hipotecarios obtenidos con el fin de adquirir una vivienda que, en muchos casos, no solo beneficia al deudor, sino también a su familia. (ii) “[S]i la persona que solicita el amparo se encuentra en una condición de discapacidad superior al 50%, (...) existe un mayor riesgo de vulnerar sus derechos fundamentales”; en todo caso, ello no constituye por sí misma una razón suficiente para justificar la intervención del juez de tutela. (iii) Se debe verificar que quien solicita el amparo “carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar sus gastos”. Finalmente, (iv) “el juez debe verificar otros aspectos como las obligaciones familiares, o del grupo familiar del afectado o la presencia de circunstancias adicionales de vulnerabilidad en el peticionario”, pues “[s]olo las circunstancias del caso concreto determinarán los aspectos relevantes a ser tenidos en cuenta por el juez, siempre con el propósito de evaluar si las cargas procesales son o no excesivas para el peticionario”⁶⁵.

69. A partir de los criterios jurisprudenciales mencionados, la Sala analizará si en los procesos acumulados bajo estudio se cumple el requisito de subsidiariedad, para determinar si los fallos de instancia deben ser revocados en cuanto las solicitudes de tutela resultarían procedentes.

70. En el caso T-9.975.658 el Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito Bogotá D.C. confirmó la sentencia proferida por la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C. que declaró la improcedencia de la acción por incumplir el requisito de subsidiariedad en tanto el accionante acudió directamente a la tutela sin agotar previamente las vías judiciales ordinarias pertinentes para resolver un litigio contractual sobre la interpretación de las enfermedades excluidas de la póliza que debía ser resuelto por el juez natural. Sostuvo que la objeción por reticencia de la aseguradora debe ser dirimida por la jurisdicción ordinaria por su naturaleza contractual, la cual requiere de un análisis legal detallado que no se puede garantizar mediante un mecanismo de protección urgente de derechos fundamentales.

71. En el caso T-10.012.873 el Juez Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia) confirmó la sentencia proferida por el Juez Primero Municipal de Envigado (Antioquia) que declaró improcedente el amparo por incumplir el requisito de subsidiariedad. Explicó que no se demostró la falta de eficacia de los mecanismos ordinarios que justificarían la intervención del juez de tutela, ni perjuicio irremediable alguno. Además, se trata de un asunto de naturaleza económica que debe ser ventilado ante la jurisdicción ordinaria civil.

fue dictaminado por la Junta Médico Laboral con una pérdida de pérdida de capacidad laboral del 75.08%. Por ello, el accionante solicitó la cobertura del riesgo de invalidez, la cual le fue negada por Mapfre Colombia Vida Seguros, por considerar que para el inicio de la vigencia de la póliza ya se había estructurado el estado de invalidez. En dicha ocasión, la Sala tuteló los derechos al debido proceso y a la vida digna del accionante y ordenó a la compañía aseguradora efectuar “el trámite necesario para pagar al Banco Santander Colombia S.A., como tomador y beneficiario de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación adquirida por el accionante con dicho Banco”. En ese sentido, ver las Sentencias T-136 de 2013, T-309A de 2013 y T-662 de 2013.

⁶⁵ Reglas reiteradas en la Sentencia T-027 de 2022.

72. Contrario a lo sostenido por los jueces de instancia, la Sala considera que, en los casos acumulados que ahora se estudian, se cumple el requisito de subsidiariedad ya que los mecanismos establecidos en la jurisdicción ordinaria civil para atender las pretensiones derivadas del contrato de seguro mencionados en los fundamentos jurídicos 62 a 64 de la presente providencia, no son ni idóneos ni eficaces debido a las circunstancias en que se encuentran los demandantes.

73. En el caso T-9.975.658, el accionante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 52,17% con origen en enfermedad y riesgo común; del total del subsidio de incapacidad que percibe, solo quedan a su disposición \$25,837 que están destinados para la atención de sus padres adultos mayores⁶⁶; y dijo haber acudido a la acción constitucional porque no cuenta con recursos para cubrir sus gastos y los de su núcleo familiar.

74. En el caso T-10.012.873, el accionante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 57.02% con origen en enfermedad cáncer terminal en etapa IV, lo que lo convierte en un sujeto de especial protección constitucional y destaca la urgencia del pronunciamiento en sede de tutela; requiere continuas sesiones de quimioterapia y exámenes médicos; y dijo ser el único que provee para él y su familia.

75. Así, los casos objeto de acumulación en esta decisión demuestran que se trata de personas en estado de vulnerabilidad, circunstancia que hace que se inserten en las reglas explicadas en los fundamentos jurídicos anteriores, planteadas por el precedente que admite la procedencia, de manera excepcional, de la acción de tutela en controversias sobre contratos de seguro. Además, los mecanismos ordinarios tampoco resultan eficaces porque pueden tardar hasta un año o más en su trámite a pesar de que la protección que demandan los accionantes requiere de decisiones inmediatas que eviten que se sigan produciendo efectos que vulneren los derechos fundamentales cuya protección pretenden.

76. En consecuencia, las decisiones revisadas serán revocadas por no estar conformes a derecho. En efecto, las particulares circunstancias en las que se encuentran los accionantes no fueron tenidas en cuenta por los jueces de instancia al momento de analizar el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la solicitud de tutela. En el análisis de fondo del asunto que lo anterior habilita, reiterará la jurisprudencia sobre (4) la reticencia en el contrato de seguro, y (5) resolverá los casos concretos.

4. La reticencia en el contrato de seguro⁶⁷

77. Específicamente, en asuntos relativos a seguros de vida en los que las entidades financieras o aseguradoras niegan el pago de la prestación asegurada con fundamento en la presunta reticencia del asegurado en la declaración del estado del riesgo, la jurisprudencia constitucional ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela cuando se advierte la necesidad de proteger

⁶⁶ Acción de tutela, p. 61. Comprobante de nómina.

⁶⁷ Ver, entre otras: Corte Constitucional; Sentencias T-094 de 2019 y T-027 de 2022.

los derechos fundamentales del asegurado, el tomador o sus beneficiarios, ante una conducta de abuso de la posición dominante de la aseguradora.

78. Si bien las entidades dedicadas a actividades financieras o aseguradoras tienen la posibilidad de fijar los requisitos para la prestación de sus servicios, las condiciones y exigencias para acceder a créditos y transacciones, tal libertad contractual no puede ser empleada sin consideración a los derechos fundamentales involucrados en tales transacciones. Por tanto, “en aras de evitar que con base en la superioridad que ejerce[n] frente al usuario, abusen de su poder a través de la imposición de cláusulas arbitrarias o por fuera de los límites que la ley prevé”⁶⁸, esta Corte ha reconocido la procedencia excepcional de la tutela “ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario”⁶⁹ cuando le dilatan o incumplen los compromisos, “lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o sus beneficiarios”⁷⁰. En estos eventos, la intervención del juez constitucional se justifica para “evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquivе el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental”⁷¹.

79. En ese contexto, cuando se alega la vulneración de garantías constitucionales “por abuso de [la] posición dominante ante [la] negativa de pagar pólizas de seguro en casos de invalidez y muerte alegando reticencia”⁷², se ha considerado que el juez debe determinar si, en tales casos, la conducta de la aseguradora resulta injustificada, al no acreditarse el cumplimiento de los deberes previstos en la Ley 1328 de 2009⁷³, consistentes en garantizar una debida diligencia (i) en el ofrecimiento de productos financieros o en la prestación de servicios a los consumidores⁷⁴; y (ii) en brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna, respecto al objeto y condiciones de la contratación, que se ha considerado un deber de transparencia⁷⁵.

80. (i) El deber de debida diligencia. En el contrato de seguros se exige que las partes “desplieguen una actividad con lealtad para su ejecución, gobernada por la diligencia y el cuidado necesarios, ya que todo acto contrario a la misma [...] imposibilit[a] el cumplimiento simultáneo de las obligaciones mutuas y recíprocamente contraídas”⁷⁶.

81. De este deber se sigue que las entidades financieras o aseguradoras “les deben brindar a los consumidores financieros una «atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones [...] de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades con el consumidor financiero», de acuerdo con

⁶⁸ Sentencia T-094 de 2019.

⁶⁹ En Sentencia T-094 de 2019, esta Corte señaló que de acuerdo con el artículo 333 de la Constitución, el Estado tiene “la competencia de evitar todo abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional, de manera que se impiden tratamientos desiguales que supongan superioridad de unos frente a otros, máxime, en tratándose de actividades que gozan de la confianza pública por el tipo de servicio que prestan”.

⁷⁰ Esto es así, pues, pese a que el seguro de vida “no tiene como finalidad [...] proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona” (Sentencia T-591 de 2017), “algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros” (Sentencia T-094 de 2019).

⁷¹ Sentencia T-094 de 2019.

⁷² Ibid.

⁷³ Esta disposición regula la protección de los consumidores financieros y se establecen los principios que rigen las relaciones entre estos y las entidades financieras o aseguradoras.

⁷⁴ Dispuesto por el literal a) del artículo 3º de la Ley 1328 de 2009.

⁷⁵ Dispuesto por el literal c) del artículo 3º de la Ley 1328 de 2009.

⁷⁶ Sentencia C-269 de 1999.

la oferta, compromiso y obligaciones acordadas»⁷⁷. En consecuencia, en todo momento, “las entidades financieras y aseguradoras [deben] asesor[ar] a sus clientes de forma idónea, suficiente y oportuna, con el fin de que estos puedan tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus intereses y necesidades”⁷⁸.

82. (ii) El deber de transparencia: brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna. Las entidades financieras y aseguradoras “deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguros”⁷⁹.

83. Como consecuencia de este deber, deben suministrar al usuario información (i) cierta, es decir, que responda efectivamente a la realidad jurídica y fáctica del vínculo contractual; (ii) suficiente, esto es, que sea completa de modo que el consumidor financiero pueda tener una idea integral y detallada de la posición en que se encuentra y de sus posibilidades de actuación; (iii) clara, lo que “se refiere a la transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza”⁸⁰ de forma que sea plenamente comprensible, aun cuando la naturaleza técnica dificulte su explicación⁸¹; y (iv) oportuna, esto es, entregada en el momento en que resulte relevante, y no después, para que el consumidor financiero pueda tomar decisiones con base en ella⁸², de lo cual se deberá dejar expresa constancia.

84. El suministro de información en tales condiciones –esto es, con el cumplimiento de los deberes de debida diligencia y transparencia– “busca equilibrar la situación de indefensión en la que se encuentran los consumidores financieros frente a las entidades financieras y aseguradoras [...], permitiéndoles tomar mejores decisiones, [...] propendiendo porque conozcan tanto sus derechos como las obligaciones adquiridas”⁸³. De este modo, “se restringe el ejercicio de la posición dominante con base en la cual esas entidades suelen imponer obligaciones a sus clientes y se garantiza el interés público que caracteriza a las actividades que desarrollan”⁸⁴.

85. Específicamente, en el seguro de vida, las partes están llamadas a declarar de manera exacta y precisa las condiciones y circunstancias bajo las cuales concurren el riesgo y la póliza⁸⁵. Para la aseguradora, implica el deber de informar acerca de las condiciones del contrato y sus coberturas; para el asegurado o tomador, el de declarar el estado del riesgo “que sólo él conoce íntegramente”⁸⁶, “con diligencia y sinceridad”⁸⁷, en todo caso, conforme a las instrucciones que le suministre la entidad financiera o aseguradora. Por ende,

⁷⁷ Sentencia T-027 de 2022.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Sentencia T-316 de 2015.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ “En los contratos de seguro la claridad en la definición de las condiciones de celebración y ejecución del acto jurídico reviste especial importancia, debido a que la ambigüedad de los acuerdos pactados tiene potencialidad de afectar el equilibrio contractual que rige las relaciones entre las partes. La carga de claridad es, en este sentido, una salvaguarda que pretende evitar la vulneración de derechos fundamentales de los particulares y garantizar el correcto desarrollo del objeto negocial”. Sentencia T-316 de 2015.

⁸² Sentencia T-027 de 2022.

⁸³ Sentencia T-277 de 2016, referida en la Sentencia T-027 de 2022.

⁸⁴ Sentencia T-027 de 2022.

⁸⁵ Sentencia T-049 de 2019.

⁸⁶ Sentencia T-660 de 2017.

⁸⁷ Sentencia T-591 de 2017.

solo en la medida en que la entidad aseguradora brinde información cierta, suficiente, clara y oportuna sobre las condiciones del contrato, en especial, las circunstancias en que la declaración podría considerarse reticente, de lo cual debe quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador, el adquirente estará en la posibilidad de cumplir su obligación de informar los hechos que determinan el estado del riesgo, sobre todo, de aquellos que pudiesen incidir en la expedición de la póliza, la modificación de las condiciones del contrato o la extinción del vínculo.

86. De allí que, ante el incumplimiento de la obligación de transparencia (esto es, la omisión de las entidades financieras y aseguradoras de suministrar información cierta, suficiente, clara y oportuna), no sea dable exigirle al tomador declarar las circunstancias de salud que desconoce, máxime en aquellos eventos en los que el clausulado de la póliza expresamente indica no contemplar exclusiones. En este sentido, en las sentencias T-591 de 2017 y T-658 de 2017, esta Corte precisó que, antes de celebrar el contrato o proceder a su renovación, las compañías aseguradoras deben abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia, por lo que se deben “evitar los elementos que generan inseguridad en la ejecución del [contrato]”. En consecuencia, dado que “cuando las aseguradoras definen el contenido del contrato de seguros, deben abstenerse, además, de incurrir en cláusulas abusivas”, “las preexistencias deben quedar consignadas en el contrato, so pena de ser ambigüedades o vacíos que no puedan alegarse para negar el pago de la póliza o reducir el monto de la obligación”, pues, de acuerdo con el artículo 1604 del Código Civil y en desarrollo del principio de buena fe, se resolverán en favor de la parte débil de la relación contractual, esto es, el asegurado o sus beneficiarios.

87. En el contexto descrito, los deberes de debida diligencia y transparencia adquieren una relación estrecha: no se puede derivar una conducta reticente cuando el tomador no ha tenido conocimiento de los términos en que debe suministrar la información relacionada con el estado de salud, debido, precisamente, al incumplimiento de la aseguradora de su deber de diligencia en suministrar orientación cierta, suficiente, clara y oportuna, sobre el tipo de información que debe suministrar y las posibles fuentes de dicha información, como la historia clínica o las certificaciones médicas.

88. No obstante, la posición de esta Corporación sobre los deberes de las aseguradoras en relación con la determinación del estado de riesgo no ha sido pacífica. Tal como se detalló en la sentencia T-025 de 2024, han sido tres las posturas jurisprudenciales que pueden diferenciarse:

Postura	Fundamento ⁸⁸
Postura 1	1. La aseguradora cumple con el deber de diligencia si, en la etapa precontractual, formula un cuestionario claro y preciso al tomador en el que se indaga por su estado de salud y las patologías que padece. La aseguradora no está obligada a verificar la veracidad de declaración de asegurabilidad y de las respuestas al cuestionario a través de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador. 2. La falta de realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica no permite aplicar la regla de conocimiento presuntivo. En aquellos casos en los que, en el cuestionario formulado por la aseguradora, el tomador respondió de forma explícita, deliberada y falsa no padecer una enfermedad que luego materializa el siniestro, la

⁸⁸ Tabla contenida de manera textual en la Sentencia T-025 de 2024.

	aseguradora podrá alegar la nulidad del contrato de seguro y objetar el pago de la póliza por reticencia. 3. Esta postura se fundamenta en, principalmente, las siguientes tres premisas: (i) El artículo 1058 del CCo. prevé que el tomador está obligado a declarar sinceramente cuál es el estado del riesgo y advierte que la reticencia puede generar la nulidad del contrato⁸⁹. (ii) El Código de Comercio no le impone a la aseguradora el deber legal de realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica. Por el contrario, el artículo 1158 del CCo. aclara que la obligación de hacer una declaración sincera y la posible nulidad derivada de su incumplimiento es exigible aun si el asegurador prescinde del examen médico. (iii) El contrato de seguro se basa en el principio de buena fe (<i>uberrimae bona fidei</i>)⁹⁰, por lo que no es posible indultar o condonar las reticencias deliberadas de los tomadores. ➤ Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en las sentencias de 26 de abril de 2007⁹¹ y SC2803-2016 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-370 de 2015, T-058 de 2016⁹² y T-071 de 2017.
Postura 2	1. El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constate la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, de acuerdo con la reciente jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, la declaración de asegurabilidad no basta “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”⁹³. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario. 2. Para demostrar el <i>conocimiento presuntivo</i> de la aseguradora⁹⁴ en estos casos, se debe acreditar que: “(i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas”⁹⁵. 3. La regla de conocimiento presuntivo “no es un remedio general para indultar o condonar 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 que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar”⁹⁶.

⁸⁹ Al respecto, un sector de la jurisprudencia ha sostenido que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora no exige “el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cuál es el ‘estado del riesgo’ al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo”. Corte Suprema de Justicia, sentencia SC2803-2016 de 4 de marzo de 2016, radicación 05001-31-03-003-2008-00034-01, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

⁹⁰ Al respecto, ver: Corte Constitucional, sentencia T-058 de 2016 y T-660 de 2017.

⁹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 26 de abril de 2007, expediente 11001-31-03-022-1997-04528-01, M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez. La Sala no desconoce que esta sentencia reitera la tesis del conocimiento presuntivo. Sin embargo, la ubica en esta postura debido a que (i) sostiene que la determinación del riesgo se debe hacer fundamentalmente con base en la declaración de asegurabilidad y (ii) admite que incluso en los casos en que “existe la posibilidad de que el estado del [riesgo] no concuerde con lo expresado en la declaración de [asegurabilidad] hay que reconocer que [realizar averiguaciones adicionales] no adviene obligatorio”. En el caso concreto, consideró que el tomador negó padecer de diabetes mellitus, pese a que el asegurador le preguntó por ello de forma expresa. En consecuencia, determinó que “por supuesto que si las solicitudes de seguro indicaron que el estado de salud del asegurado era ‘normal’ y que no tenía ninguno de los padecimientos a que se refiere el sencillo cuestionario que aparece en los formularios pertinentes, el asegurador no tuvo cómo dudar de la veracidad de lo expresado en aquellos y mucho menos de la responsabilidad y solvencia de su signatario, por supuesto que entrar en sospechas, así las cosas, sería tanto como presumir la mala fe”.

⁹² En esta providencia la Sala de Segunda declaró la improcedencia de la tutela. Sin embargo, sostuvo que “la decisión de realizar un cuestionario sobre el estado de salud de la accionante, sin proceder con la práctica previa de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica de la condición del asegurado, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio, cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo que permite confiar en la sinceridad de la declaración del tomador sobre su estado del riesgo”.

⁹³ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

⁹⁴ Además, encuentra fundamento en que (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo que, como tal, debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo y (ii) la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador, pese a no ser *obligaciones legales*, son actuaciones propias de un asegurador acucioso y diligente.

⁹⁵ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

⁹⁶ Ib.

	➤ Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias: SC18563-2016⁹⁷, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023⁹⁸ y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-501 de 2016⁹⁹ y T-660 de 2017¹⁰⁰.
Postura 3	1. El deber de diligencia no se satisface con la formulación de un cuestionario y la declaración de asegurabilidad. En todos los casos, la aseguradora tiene la carga de realizar labores adicionales para constatar el estado del riesgo, tales como realizar exámenes médicos, solicitar diagnósticos recientes o revisar la historia clínica del tomador. Si no cumple con esta carga, aplica la regla de conocimiento presuntivo y no podrá alegar la nulidad del contrato por reticencia. 2. Esta postura ha estado fundada en las siguientes tres premisas: (i) Los tomadores no suelen contar “con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”¹⁰¹. (ii) La aseguradora es un profesional por lo que el estándar de diligencia exigible en la etapa precontractual debe ser particularmente exigente. Además, es quien “conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”¹⁰² y, por lo tanto, quien puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”¹⁰³. (iii) El contrato de seguro es de adhesión lo que implica que el tomador de la póliza simplemente acepta los términos y condiciones plasmados por la aseguradora. De este modo, “siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele (...) irregularidades”¹⁰⁴ en el diligenciamiento del cuestionario y la declaración de asegurabilidad. ➤ Esta postura ha sido aplicada por: (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias STL7955-2018, STL3608-2019 y STL4077-2022 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015, T-658 de 2017 y T-379 de 2022¹⁰⁵ de la Corte Constitucional.

89. Para la Sala, en el presente caso la segunda postura es la que mejor armoniza las obligaciones de las partes porque en el contrato de seguros, “no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo”¹⁰⁶, de ahí que no sea suficiente que las empresas aseguradoras se limiten a informar las condiciones en que se debe declarar el estado del riesgo, sino que estas deben

⁹⁷ En esta providencia, la Sala de Casación Civil sostuvo que “si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, (...) mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro”. De manera que sugiere que, de existir motivos de sospecha, la aseguradora se habría visto obligada a realizar averiguaciones adicionales.

⁹⁸ En esta sentencia de tutela, la Sala de Casación Laboral estimó que era razonable la interpretación del Tribunal de instancia conforme a la cual “en lo atinente a las críticas de la recurrente por la omisión en los exámenes médicos y revisión de la historia clínica del asegurado, se tiene que en ello no asiste una obligación legal que releve de la fiel declaración de su estado de salud y si bien se invocan precedentes de la Corte Constitucional al respecto, deben ser examinados en su contexto, siendo que en el sub judice, ante las contundentes constancias en el aludido documento, que tal como afirmó el A quo, es claro y preciso, al respecto, no existía rastro alguno que permitiera el menor asomo de duda sobre alguna contingencia que alterara el riesgo”. De manera que sugiere que la razón por la cual la obligación de realizar averiguaciones adicionales no era exigible, es porque no había motivos de sospecha. En caso contrario dicha obligación habría sido exigible.

⁹⁹ En esta providencia la Sala de Segunda declaró la improcedencia de la tutela. Sin embargo, sostuvo que para que el deber de realizar exámenes médicos al tomador “resulte exigible a las aseguradoras, es indispensable que en el cuestionario en el que se determinen las condiciones de asegurabilidad, el tomador manifieste en su declaración, ante una pregunta específica, que padece algún tipo de enfermedad (...). Por el contrario, si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia”.

¹⁰⁰ Ib.

¹⁰¹ Corte Constitucional, sentencia T-379 de 2022.

¹⁰² Corte Constitucional, sentencia T-316 de 2015.

¹⁰³ Corte Constitucional, sentencia T-658 de 2017.

¹⁰⁴ Corte Suprema de Justicia, sentencia STL7955-2018 de 20 de junio de 2018, radicación 80083, M.P. Gerardo Botero Zuluaga y Corte Suprema de Justicia, sentencia STL3608-2019 de 27 de febrero de 2019, radicación 83059, M.P. Jorge Luis Quiroz Alemán.

¹⁰⁵ En esta providencia la Sala Cuarta declaró improcedente la tutela. Sin embargo, consideró que corresponde a la aseguradora “corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad (...) este deber ‘no se sule con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías’ o con la simple imposición de un cuestionario predeterminado”.

¹⁰⁶ Sentencia C-232 de 1997.

“verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros”¹⁰⁷.

90. Si bien el adquirente debe declarar su condición de salud, “la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo”¹⁰⁸, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad¹⁰⁹. Justamente, “la Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora”¹¹⁰, pues, de un lado, “en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”¹¹¹ y, de otro lado, al ser “la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”¹¹², la aseguradora puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”¹¹³, con fundamento en las cuales puede establecer condiciones especiales para la celebración del contrato.

91. Este deber, entonces, no se cumple simplemente con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías o con la imposición del diligenciamiento de un cuestionario predeterminado¹¹⁴, anexo a la póliza. Para cumplir con este deber sustantivo, tanto al momento de la celebración del contrato como de manera previa a sus renovaciones, las entidades financieras y aseguradoras pueden acudir, entre otras, a alguna de las siguientes alternativas para conocer el estado del riesgo: (i) realizar exámenes médicos¹¹⁵; (ii) solicitar exámenes, certificados médicos recientes¹¹⁶ o copia de la historia clínica; o (iii) consultar directamente la historia clínica¹¹⁷, para lo cual requiere autorización. En todo caso, cualquiera de ellas u otras alternativas igualmente idóneas para lograr el cumplimiento de aquel deber sustantivo, deben ser comunicadas al adquirente, con el fin de que este tenga la posibilidad de aportar el instrumento que considere idóneo para dar cuenta de sus reales circunstancias de salud o conferir la autorización para la consulta de sus registros y, de tal forma, declarar el estado del riesgo en las condiciones prescritas por la compañía¹¹⁸, caso en el cual podrá la compañía aseguradora pactar las condiciones del contrato a que hubiere lugar o no asumir el riesgo, pero no podrá posteriormente aplicar las sanciones previstas en el artículo 1058

¹⁰⁷ Sentencia T-316 de 2015.

¹⁰⁸ Sentencia T-658 de 2017.

¹⁰⁹ Sentencia T-316 de 2015.

¹¹⁰ Sentencia T-591 de 2017.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Sentencia T-316 de 2015.

¹¹³ Sentencia T-658 de 2017.

¹¹⁴ Si bien esta Corporación ha admitido que las aseguradoras pueden disponer de un cuestionario, “el cual debe ser claro y carente de ambigüedades” (Sentencia T-591 de 2017), este mecanismo no es suficiente para acreditar que la compañía cumplió con su deber de diligencia en la investigación del estado del riesgo asegurado. Por ende, no es admisible que, con base en su *simple* diligenciamiento, la aseguradora alegue una conducta reticente para negar el pago de la póliza de seguro.

¹¹⁵ Sentencia T-751 de 2012.

¹¹⁶ Por ejemplo, para efectos de tomar un plan voluntario de salud, el artículo 2.2.4.5. del Decreto 780 de 2016 dispone: “Examen de ingreso. Para efectos de tomar un plan voluntario de salud la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes”.

¹¹⁷ La historia clínica “es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (artículo 34 de la Ley 23 de 1981), “en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (literal a) del artículo 1º de la Resolución 1995 de 1999).

¹¹⁸ Pese a que el Legislador no estableció el deber de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos a los asegurados, existen eventos en los cuales, de acuerdo con las circunstancias del caso, deben realizar el referido examen o, por lo menos, brindar a la posibilidad a los usuarios para que aporten constancia médica sobre su situación de salud, en tanto esta última es presupuesto indispensable para el otorgamiento del seguro de vida y la determinación de las condiciones de su expedición.

del Código de Comercio. Para tales efectos, en el cuestionario o formato que elaboren, las aseguradoras deberán incluir las instrucciones y exigencias o precisiones que consideren indispensables para el cumplimiento de su obligación de debida diligencia y transparencia, de lo cual, en todo caso, deberá quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador.

92. En efecto, dado que la reticencia solo existirá cuando la aseguradora, a pesar del cumplimiento de su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos¹¹⁹, no podrá oponerse al pago de la póliza, “como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”¹²⁰, cuando (i) ha conocido o debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración¹²¹, como en aquellos eventos en los que se abstuvo de comprobar el estado de salud al momento de tomar el seguro¹²², “renuncia a efectuar valoraciones una vez es enterado de posibles anomalías, o deja de auscultar, pudiendo hacerlo”¹²³; o (ii) de haber conocido los hechos y no haberlos puesto de presente para modificar las condiciones del contrato, “los subsan[a] mediante su aceptación expresa o tácita”¹²⁴, lo que ocurre cuando, en el marco de una relación contractual en la que se ha renovado la póliza, el asegurado ha efectuado reclamaciones previas y, pese a ello, la aseguradora decide renovar el seguro, conocedora de los antecedentes que dieron lugar a la petición¹²⁵.

93. En otras palabras, tal como lo sostuvo la Corte en Sentencia T-025 de 2024, la aseguradora “tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad¹²⁶. 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”¹²⁷. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocía 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

¹¹⁹ Sentencia T-591 de 2017.

¹²⁰ Ibid.

¹²¹ Sentencia T-658 de 2017.

¹²² Sentencia T-316 de 2015.

¹²³ Sentencia T-591 de 2017. Al respecto, en la Sentencia T-832 de 2010 esta Corte señaló que las compañías aseguradoras no pueden “omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud”. En estos eventos, “no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso [del asegurado] a la póliza de vida grupo de deudores”.

¹²⁴ Sentencia T-658 de 2017.

¹²⁵ Justamente, en atención a su posición dominante en el vínculo contractual y a que son “un indiscutido profesional”, debidamente autorizado por la ley para asumir riesgos, las aseguradoras asumen la condición de administradoras de los datos para determinar el estado del riesgo. De acuerdo con el artículo 15 de la Ley 1266 de 2008, estas tienen acceso a la información del usuario “como elemento de análisis para establecer y mantener una relación contractual”, “para la evaluación de los riesgos derivados de una relación contractual vigente”, “para el adelantamiento de cualquier trámite ante una autoridad pública o persona privada, respecto del cual dicha información resulte pertinente” y “para cualquier otra finalidad, diferente de las anteriores, respecto de la cual y en forma general o para cada caso particular se haya obtenido autorización por parte del titular de la información”. En concordancia con lo anterior, de un lado, las compañías deben contar con condiciones técnicas para asegurar la seguridad y actualización de los registros de sus usuarios (numeral 3° del artículo 17 de la Ley 1266 de 2008) y, de otro, deben otorgar la posibilidad efectiva al asegurado para actualizar y rectificar la información relativa a las condiciones del riesgo (artículo 1° de la Ley 1266 de 2008) y garantizar, en todo momento, el pleno y efectivo ejercicio de su derecho a conocer la información que sobre él exista y solicitar la actualización o corrección de sus datos (numeral 1° del artículo 7° de la Ley 1266 de 2008).

¹²⁶ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01. Y Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

¹²⁷ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01. Ver también: Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo del estado del riesgo o los vicios de la declaración¹²⁸”.

94. Justamente, en atención al carácter de tracto sucesivo del contrato de seguro, por el cual “las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, [sino que] se desenvuelven continuamente hasta que terminan”¹²⁹, el deber de diligencia de las aseguradoras se maximiza en presencia de una relación contractual amplia, caracterizada por la existencia de un vínculo que se ha renovado periódicamente o en el que se han efectuado reclamaciones previas. En estos eventos, la aseguradora “no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro”¹³⁰, ni aducir que “el adquirente ha actuado de mala fe, ocultando el estado del riesgo o ha sido negligente al manifestar las condiciones preguntadas por la aseguradora para determinar el estado del riesgo”¹³¹, con el fin de evadir el pago del seguro¹³². De esta forma, se evita que una de las partes celebre el contrato sin la voluntad real de cumplirlo en el futuro¹³³, y que, en especial, en los contratos de seguro, tiene como causa la existencia de información asimétrica, un supuesto común de falla de mercado¹³⁴.

95. Al respecto, tanto la Corte Constitucional como la Corte Suprema de Justicia han considerado que las compañías aseguradoras vulneran también el derecho al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores cuando, de forma infundada, objetan el pago de la indemnización pactada en seguros de vida o enfermedad a sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica o social. De un lado, vulneran el derecho al debido proceso si objetan el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no acreditan los elementos para su configuración. De otro, vulneran el derecho al mínimo vital en los casos en que el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas

¹²⁸ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01.

¹²⁹ Sentencia T-658 de 2017.

¹³⁰ Sentencia T-591 de 2017.

¹³¹ Del mismo modo en que “si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato”, si el asegurador conoce un hecho anterior a la celebración o renovación del contrato de manera alguna le es dable oponerlo para negar el pago de la póliza. Ello resultaría contrario al actuar leal y correcto que emana de la buena fe que vincula a las partes en la ejecución del contrato. Lo anterior, sobre todo si se tiene en cuenta que existen eventos en los que el tomador o asegurado se encuentra en imposibilidad de declarar con exactitud el estado del riesgo asegurado o prever el cambio en sus condiciones. Ello ocurre, por ejemplo, en los supuestos de enfermedades silenciosas o progresivas. En estos eventos, el actuar del asegurado no puede considerarse de mala fe, pues “sencillamente no tenía la posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir”. De allí que “es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo”. Sentencia T-591 de 2017.

¹³² Esto es así, pues las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo están sujetas a la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro, “salvo que [...] 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”. Sentencia T-591 de 2017.

¹³³ Como lo precisa de manera acertada Posner, cuando no existe simultaneidad en el cumplimiento de las obligaciones contractuales –condición característica de los contratos de seguro–, “surgen dos peligros” para el leal cumplimiento del contrato: “el oportunismo y las contingencias imprevistas”. Posner, Richard. *El análisis económico del derecho. 2 Ed.* en español. Fondo de Cultura Económica, 2007, p. 160.

¹³⁴ Como lo precisó de manera acertada la Sala Plena en la Sentencia C-150 de 2003, las fallas del mercado pueden constituir problemas de relevancia constitucional: “Esta Corporación ha analizado situaciones en las que se pone de presente que, en determinadas oportunidades, una falla del mercado puede devenir en un problema constitucionalmente relevante. En efecto, la Corte se ha pronunciado sobre asuntos relacionados con problemas de información, oferta limitada y abuso de posición dominante, bienes o servicios que el mercado no proporciona de manera eficiente, barreras de ingreso al mercado, externalidades, competencia destructiva entre otros, en los que se muestra cómo, en ciertas circunstancias, las fallas del mercado afectan los derechos y valores consagrados en la Constitución, lo cual conlleva a la necesaria intervención estatal para orientar el mercado hacia condiciones de libre competencia y de asignación eficiente de bienes y servicios a todos los habitantes del territorio nacional”.

o de salud y, en consecuencia, la negativa injustificada al pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones mínimas de subsistencia.

5. Solución de los casos concretos. Las autoridades accionadas vulneraron los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes.

96. En el caso T-9.975.658, la aseguradora Axa objetó de manera formal la reclamación elevada por el accionante al evidenciar, en el proceso de revisión de la documentación aportada y obtenida al momento de la suscripción, que cuando este diligenció y firmó el “formato solicitud de productos persona natural”, ya presentaba antecedentes médicos, incurriendo con ello en la omisión de entrega de información y consecuente reticencia por no haber declarado su verdadero estado de salud al momento de contratar el seguro. Explicó que estas preexistencias constituyen un elemento fáctico que se configura, dentro del contrato de seguros suscrito, como una causal de exclusión que libera a la aseguradora de toda obligación.

97. Para la Sala, Axa vulneró los derechos al debido proceso, a la vida digna y al mínimo vital por tres razones. La primera es que Axa no demostró la mala fe del accionante, toda vez que, si bien el accionante manifestó en la declaración de asegurabilidad del 7 de marzo de 2022 que se encontraba en buen estado de salud¹³⁵, también autorizó de forma expresa a la aseguradora a “tener acceso a [su] historia clínica, y a todos aquellos datos que en ella se registren o llegaren a ser registrados”¹³⁶; por eso, si la intención del accionante hubiese sido ocultar de forma fraudulenta sus condiciones de salud, no habría otorgado dicha autorización o se habría opuesto a que la aseguradora realizara averiguaciones adicionales. La segunda es que la aseguradora no cumplió con el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de la declaración de asegurabilidad, por lo que es aplicable la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo. En efecto, como se indicó arriba, la aseguradora tenía acceso a la historia clínica del tomador y, sin embargo, no la revisó sin ninguna justificación. De haberlo hecho, habría advertido los padecimientos que, presuntamente, tenía el tomador al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, y no luego durante el trámite de reclamación con los documentos aportados por el accionante, como en efecto sucedió¹³⁷. La tercera es que la aseguradora ignoró que el accionante se encuentra en situación de vulnerabilidad por razones económicas y de salud. En efecto, el accionante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 52,17% con origen en enfermedad y riesgo común; del total del subsidio de incapacidad que percibe, solo quedan a su disposición \$25,837 que están destinados para la atención de sus padres adultos mayores¹³⁸; y dijo haber acudido a la acción constitucional porque no cuenta con recursos para cubrir sus gastos y los de su núcleo familiar.

98. En el caso T-10.012.873, HDI Seguros negó la reclamación elevada por el accionante con el argumento de que “desde diciembre 2020 se había informado al señor *Alberto* que se debía realizar exámenes”. Sostuvo que la enfermedad fue reportada más de dos años después de su diagnóstico inicial y

¹³⁵ Cf. Expediente digital, Archivo “02EscritoTutela .pdf”, f. 28

¹³⁶ *Ib.*

¹³⁷ Cf. Expediente digital. Archivo “12RespuestaAxaColpatria .pdf”, f. 2.

¹³⁸ Acción de tutela, p. 61. Comprobante de nómina.

no había sido declarada previamente por el asegurado. Adujo que “[...] Teniendo en cuenta que el padecimiento (Tumor Maligno de la Cabeza del Páncreas), fue causado y acelerado por sus antecedentes (enfermedad del páncreas, no especificada, otras pancreatitis crónicas) en estudio y evolución desde el año 2020, no se originaron estando asegurado bajo el presente amparo, no fueron declarados y son anteriores a estar cubierto bajo la póliza expedida por la compañía, o sea son preexistentes.

99. Para la Sala, HDI Seguros vulneró los derechos al debido proceso, a la vida digna y al mínimo vital por tres razones. La primera es que HDI Seguros no pudo demostrar mala fe del accionante, pues la enfermedad terminal del accionante fue diagnosticada más de 90 días después de haber iniciado la vigencia del seguro, es decir, el 22 de julio de 2021¹³⁹. En segundo lugar, la aseguradora no cumplió con el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de la declaración de asegurabilidad, pues no obra dentro del expediente evidencia de que aquella hubiera requerido a la accionada a aportar historia clínica o haya solicitado su consentimiento para tal fin¹⁴⁰; de hecho, de las reclamaciones del accionante, es claro que la accionada advirtió el padecimiento del accionante cuando este reclamó por primera vez su póliza en el año 2021¹⁴¹. La tercera es que la aseguradora ignoró que el accionante se encuentra en situación de vulnerabilidad pues fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 57.02% con origen en enfermedad cáncer terminal en etapa IV, lo que lo convierte en un sujeto de especial protección constitucional y destaca la urgencia del pronunciamiento en sede de tutela, requiere continuas sesiones de quimioterapia y exámenes médicos, y adujo ser el único que provee para él y su familia.

100. En consecuencia, la objeción que las aseguradoras presentaron contra las reclamaciones vulnera los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes. Por un lado, las accionadas no aportaron elementos de prueba que permitan evidenciar, siquiera de manera sumaria, que hubieran actuado en forma diligente informando a los asegurados de manera cierta, clara, suficiente y oportuna, las condiciones de los seguros; en particular, las coberturas, la forma de solicitar su efectividad y, especialmente, las circunstancias en las que debía informar los cambios en su estado de salud y, por ende, los eventos en los que su declaración pudiese considerarse reticente. Tampoco se observa que las compañías hubieran ofrecido a los asegurados la posibilidad de practicarse un examen médico, aportar una certificación médica reciente, otorgar el acceso a su historia clínica u otro medio idóneo para cumplir con sus deberes de debida diligencia y transparencia.

101. Además, la Sala encuentra que las aseguradoras incumplieron el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de las declaraciones de asegurabilidad, por lo que es aplicable la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo. En criterio de la Sala, este deber era exigible en el presente caso y las aseguradoras no podían conformarse, exclusivamente, con la declaración de asegurabilidad para calificar el estado del riesgo. En consecuencia, esta Sala amparará los derechos al debido proceso, al mínimo

¹³⁹ Cf. Expediente digital. Archivo “02Tutela (12).pdf”, f. 1

¹⁴⁰ Cf. Expediente digital. Archivo “04Poliza.pdf”; Expediente digital, Archivo “05Clausulado.pdf”.

¹⁴¹ Cf. Expediente digital. Archivo “18NegacionObjecion.pdf”.

vital y a la dignidad humana de los accionantes, y emitirá órdenes que permitan remediar la vulneración evidenciada:

102. En el caso T-9.975.658, ordenará que la aseguradora Axa, dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza del Seguro Vida Grupo Deudor No. 53986 contratada por el señor *Andrés*, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

103. En el caso T-10.012.873, ordenará a la aseguradora HDI Seguros, a que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza de seguro Póliza Vida Grupo Negocios Especiales N° 4000018 contratada por el señor *Alberto*, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia. Lo anterior, con independencia de que le hubiera sido reconocida una pensión por parte de Colpensiones.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO. En el caso T-9.975.658, **REVOCAR** el fallo del Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito Bogotá D.C. proferida el 7 de diciembre de 2023, que confirmó la sentencia de 31 de octubre de 2023 dictada en primera instancia por la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C., para en su lugar amparar los derechos al debido proceso, mínimo vital y a la dignidad del señor *Andrés*. En consecuencia, **ORDENAR** a la aseguradora Axa Colpatria Seguros S.A., que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza del Seguro Vida Grupo Deudor No. 53986 contratada por el señor *Andrés*, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO. En el caso T-10.012.873, **REVOCAR** el fallo proferido el 15 de diciembre de 2023 por el Juzgado Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia), que confirmó la sentencia dictada en primera instancia el 17 de noviembre de 2023 por el Juzgado Primero Municipal de Envigado, para en su lugar amparar los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la dignidad del señor *Alberto*. En consecuencia, **ORDENAR** a la aseguradora HDI Seguros S.A, a que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza de seguro Póliza Vida Grupo Negocios Especiales N° 4000018 contratada por el accionante, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

TERCERO. DISPONER que la Secretaría General de esta Corporación suprima de toda publicación del presente fallo, los nombres y los datos que permitan identificar a los accionantes en los expedientes T-9.975.658 y T-10.012.873.

CUARTO. Igualmente, ordenar por Secretaría General a los jueces de tutela competentes que se encarguen de salvaguardar la intimidad de las personas mencionadas, manteniendo la reserva sobre el expediente.

QUINTO. Por Secretaría General, **LÍBRENSE** las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA
Magistrada

CRISTINA PARDO SCHLESINGER
Magistrada
Con salvamento de voto

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ
Secretaria General

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL
Sala Séptima de Revisión

SENTENCIA T-025 de 2024

Referencia: Expedientes T-9.508.029 y T-9.528.456 AC

Acciones de tutela interpuestas por Jorge Luis Torres Hernández y otros en contra de Seguros Bolívar S.A y Jesús Hernando Torres en contra de Seguros Bolívar S.A, Banco Davivienda S.A y EMSSSANAR EPS

Magistrada sustanciadora:
PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA

Bogotá, D.C., seis (6) de febrero de dos mil veinticuatro (2024)

La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por las magistradas Cristina Pardo Schlesinger y Paola Andrea Meneses Mosquera, quien la preside, así como por el magistrado José Fernando Reyes Cuartas, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

1. Introducción a la causa objeto de la controversia

1. El 31 de agosto de 2023, la Sala de Selección de Tutelas Número Ocho de la Corte Constitucional decidió seleccionar y acumular para revisión las sentencias dictadas en los expedientes de tutela T-9.508.029 y T-9.528.456:

Tutelas acumuladas		
Expediente	Accionante	Accionado
T-9.508.029	Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández.	Seguros Bolívar S.A.
T-9.528.456	Jesús Hernando Torres	Seguros Bolívar S.A., Banco Davivienda S.A. y EMSSANAR EPS

2. Para estudiar las acciones de tutela acumuladas, la Sala Séptima presentará una descripción de los hechos, así como del trámite de instancia y revisión que se adelantó en cada expediente. Luego, examinará si las solicitudes de amparo satisfacen los requisitos generales de procedibilidad y, en caso de ser procedente, emitirá un pronunciamiento de fondo. Por último, evaluará si las entidades accionadas vulneraron los derechos fundamentales de los accionantes y, de ser el caso, adoptará los remedios correspondientes para reparar dichas violaciones.

2. Hechos y trámite de tutela de los expedientes acumulados

2.1. Expediente T-9.508.029. Acción de tutela presentada por Jorge Luis Torres Hernández y otros en contra de Seguros Bolívar S.A.

3. *Hechos.* Federman Eligio Torres Martínez, cónyuge de Elsa Sofía Hernández Villalba y padre de Eider Alberto Torres Hernández, Diana Luz Torres Hernández y Jorge Luis Torres Hernández, adquirió con el Banco Davivienda siete créditos¹ a lo largo de varios años. De forma correlativa, suscribió con Seguros Bolívar S.A. las pólizas de “seguro de vida grupo deudores” que respaldaban el pago de “hasta el 100% del saldo no pagado”² de cada uno de los créditos, en caso de muerte o incapacidad total y permanente.

4. El 13 de marzo de 2021, el señor Federman Eligio Torres Martínez falleció. En consecuencia, su esposa e hijos presentaron las reclamaciones ante la aseguradora, la cual pagó seis de los siete créditos³.

¹ Crédito ***1493 amparado bajo la póliza de deudores N° 5159004538048, crédito ***1802 amparado bajo la póliza de deudores N° 5131004539357, crédito ***4300 amparado bajo la póliza de deudores N° 5130004515560, crédito ***0784 amparado bajo la póliza de deudores 5130004515560, crédito **9250 amparado bajo la póliza de deudores N° 5130004515560, crédito **9679 amparado bajo la póliza Vida Protección N° 5132035559505 y el crédito **3509 amparado por la póliza No. 513000461550324. Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 2 y 3.

² Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 93.

³ Indicaron que “el único crédito que no cancelo Seguros Bolívar fue el N° 3509”. Escrito de tutela del exp. T-9.508.029, p. 3.

5. El 21 de junio de 2022, el Banco Davivienda avisó a la aseguradora la ocurrencia del siniestro y le remitió la reclamación con el objeto de que esta procediera a cubrir el saldo del único crédito pendiente de pago. Este correspondía al crédito No. 3509 por \$86.000.000, el cual se encontraba amparado con la póliza No. 513000461550324, en la cual el Banco aparece como “beneficiario”.

6. El 8 de agosto de 2022, Seguros Bolívar negó la solicitud. Indicó que en la declaración de asegurabilidad 12840137, que fue suscrita el 24 de febrero de 2021, el señor Federman Eligio negó “haber sufrido o haber sido diagnosticado” con una serie de enfermedades. En particular, negó sufrir de hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, enfermedades del hígado y enfermedades de la piel. Sin embargo, en la historia clínica del difunto consta que desde el 13 de julio de 2019 había sido diagnosticado con “enfermedad de Hansen” (Lepra)⁴. De igual forma, el 17 de octubre de 2019 fue diagnosticado con “enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca”⁵, “obesidad debida a exceso de calorías”⁶ y “hepatitis aguda tipo b”⁷. Así las cosas, Seguros Bolívar afirmó que el tomador incurrió en reticencia, lo que generaba la nulidad del contrato⁸. Por tanto, no estaba obligada a pagar el crédito.

7. *Solicitud de tutela*. El 10 de marzo de 2023, Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández presentaron acción de tutela en contra de Seguros Bolívar, por considerar vulnerados sus derechos fundamentales al debido proceso, de petición, a una vida en condiciones dignas, al mínimo vital y a la igualdad.

8. Los accionantes indicaron que la Corte Constitucional⁹ ha señalado que la aseguradora tiene el deber de corroborar el estado de salud del tomador. Esto, por medio de (i) exámenes médicos o (ii) con la verificación de las declaraciones del tomador o asegurado en su historia clínica. A su juicio, en caso de que la aseguradora no opte por ninguna de estas opciones, tiene la carga de demostrar la reticencia¹⁰, lo cual la obliga a probar la mala fe del tomador o asegurado, es decir, a demostrar con suficiencia que este “conocía de la enfermedad y la omitió

⁴ Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 55.

⁵ Ib., p. 56.

⁶ Ib.

⁷ Ib.

⁸ Escrito de tutela del exp. T-9.508.029, p. 19.

⁹ En específico, los accionantes citaron la sentencia T-027 de 2019.

¹⁰ Para sustentar esta afirmación, citaron la sentencia T-452 de 2015.

intencionalmente al momento de celebrar el contrato”¹¹. Asimismo, sostuvieron que la obligación de las aseguradoras de corroborar el estado de salud del asegurado “no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías”¹². En el presente caso, según los accionantes, la aseguradora no realizó exámenes médicos ni verificó el estado de salud del asegurado con la historia clínica, además, no demostró que este hubiese obrado de mala fe.

9. En consecuencia, como pretensiones solicitaron: (i) proteger los derechos fundamentales de los accionantes y, en consecuencia (ii) “ordenar a Seguros Bolívar afectar la póliza N° 5130004615503 (sic) que respalda el crédito 3509 y reconocer y cancelar la suma de ochenta y seis millones de pesos (\$86.000.000,00)”¹³.

10. *Admisión de la tutela.* Mediante auto de 10 de marzo de 2023, el Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena) admitió la acción de tutela, corrió traslado a Seguros Bolívar y vinculó a la Superintendencia Financiera¹⁴.

11. *Contestación.* El 15 de marzo de 2023, Seguros Bolívar solicitó declarar improcedente la acción por incumplimiento del requisito de subsidiariedad. Argumentó que (i) los accionantes cuentan con medios judiciales ordinarios idóneos y eficaces para ventilar su pretensión ante los jueces civiles¹⁵, (ii) la pretensión de los accionantes es estrictamente económica y se circunscribe a un asunto netamente contractual y (iii) la negativa al pago de la póliza no implica un perjuicio irremediable para los accionantes.

12. Con todo, sostuvo que no ha vulnerado los derechos fundamentales de los accionantes. Argumentó que conforme al artículo 1058 del Código de Comercio (en adelante CCo.) el tomador tiene el deber de informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, pues es con base en esta información que el asegurador otorga su consentimiento. Por ende, el incumplimiento de este deber genera la nulidad del contrato, incluso si el asegurador prescinde del examen médico (art. 1158 del CCo.)¹⁶. En el presente

¹¹ Escrito de tutela del exp. T-9.508.029, p. 6.

¹² Ib., p. 5.

¹³ Ib., p. 4.

¹⁴ Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena), Auto admisorio de la tutela, 10 de marzo de 2023, p. 1. De acuerdo con esta autoridad judicial, la vinculación obedeció a “la naturaleza de los hechos y visto que se trata de un asunto relacionado con una empresa aseguradora”, con el propósito de que rindiera “un informe sobre los hechos y pretensiones expuestos en la tutela”.

¹⁵ Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 5.

¹⁶ Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 4.

caso, la aseguradora otorgó las coberturas de la póliza en condiciones normales¹⁷, sin practicar exámenes médicos¹⁸, con fundamento en la declaración del asegurado de no padecer ninguna enfermedad. Además, el difunto aseguró que conocía y daba fe de que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad era verídico¹⁹.

13. Sin embargo, el asegurado faltó al deber de informar el verdadero estado del riesgo, porque negó padecer enfermedades que a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad ya le habían sido diagnosticadas. En concreto, “al momento de la suscripción ya había sido diagnosticado con Enfermedad Cardíaca Hipertensiva sin Insuficiencia Cardíaca desde el 17 de mayo de 2019, Lepra desde el 13 de julio de 2019, Hepatitis Aguda Tipo B, desde el 17 de octubre de 2017 y Obesidad con IMC:33, antecedentes relevantes de salud, que no fueron manifestados dentro de la declaración de asegurabilidad”²⁰. En estos términos, consideró que existió mala fe, pues “el estado de salud del Asegurado no era normal al contratar el seguro y contaba con diagnósticos ya conocidos por él desde antes de firmar la declaración de Asegurabilidad y aun así manifestó que su estado de salud era normal”²¹. Lo anterior, “genera la nulidad relativa del contrato por reticencia en la información”²².

14. Por lo demás, la aseguradora aclaró que el haber accedido al pago de los otros 6 créditos adquiridos por el difunto no generaba ningún efecto en el presente caso²³. Además, precisó que, “si eventualmente hubiese lugar al pago de la indemnización, este corresponde[ría] al saldo insoluto de la deuda a la fecha de siniestro, [esto es, a] \$70.214.194”²⁴.

15. *Decisión de primera instancia.* El 24 de marzo de 2023, el Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena) declaró improcedente el

¹⁷ Ib.

¹⁸ Ib.

¹⁹ Ib., p. 3. La aseguradora precisó que en la declaración de asegurabilidad se advierte al asegurado que “La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después [del] fallecimiento, se compruebe que [la] declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del Cl. Co.)”. Además, se indica al asegurado que: “no firme sin antes leer y entender el contenido de este documento. Absténgase de firmar si sus condiciones no corresponden exactamente a lo registrado en el mismo y solicite información (...)” (texto original en mayúsculas sostenidas).

²⁰ Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 3.

²¹ Ib.

²² Ib.

²³ En concreto, indicó que “los productos adquiridos por un mismo Asegurado son independientes [porque] sus condiciones, vigencia, coberturas y requisitos diferentes (...). Por lo tanto el análisis y definición, de cara a la solicitud de indemnización no se encuentra supeditada a la definición de otros productos”. Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 4.

²⁴ Ib.

amparo. Consideró que la solicitud no satisfizo los requisitos de inmediatez ni subsidiariedad. Esto, porque (i) la acción de tutela fue presentada más de 2 años después de la negativa de la aseguradora²⁵ y (ii) existían otros mecanismos de defensa judicial para resolver sus pretensiones. En particular, los accionantes podían acudir ante la jurisdicción ordinaria civil o ante la Superintendencia Financiera mediante una acción de protección al consumidor.

16. *Impugnación.* El 30 de marzo de 2023, los accionantes impugnaron la decisión de primera instancia con fundamento en cinco argumentos. *Primero*, reprocharon que el juez hubiese argumentado que no se cumplía el requisito de inmediatez con fundamento en que la aseguradora había negado la solicitud desde 2021, pese a que la respuesta de fondo a la reclamación no fue brindada sino hasta el 8 de agosto de 2022²⁶. *Segundo*, adujeron que el juez no valoró que la aseguradora estaba obligada a realizar exámenes médicos o a “inspeccionar la historia clínica” del asegurado y que, por no hacerlo, “era responsable”²⁷. *Tercero*, señalaron que el juez ignoró que los otros 6 créditos que había tomado el difunto “en igualdad de condiciones y con la misma entidad financiera fueron cubiertos [con] las pólizas por la entidad aseguradora y en cambio este crédito no”²⁸. *Cuarto*, destacaron que “no afectar la póliza” vulnera su derecho a vivir en condiciones dignas²⁹. Por último, solicitaron al juez de segunda instancia amparar sus derechos fundamentales, debido a que se encuentran “ante un perjuicio irremediable”³⁰.

17. *Decisión de segunda instancia.* El 11 de mayo de 2023, el Juzgado Único Promiscuo de Familia de Fundación (Magdalena) confirmó la decisión de primera instancia. Argumentó que la tutela no satisface el requisito de subsidiariedad, porque conforme a la jurisprudencia constitucional, la acción de tutela sólo es procedente para resolver controversias suscitadas con ocasión del contrato de seguro en circunstancias excepcionales en las que los accionantes se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad o esté probado que

²⁵ Según el juez de primera instancia “la tutela no fue ejercida en un término oportuno y razonable posterior al acaecimiento del presunto hecho vulnerador, puesto la negación de la entidad aseguradora, se conoce desde el año 2021, de acuerdo a los documentos aportados por el extremo actor, en donde la encausada le comunica al Banco de esa situación, es decir del no cubrimiento del crédito por el fallecimiento del tomador, momento desde el cual ya han pasado cerca de dos años”. Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena), sentencia de primera instancia, 24 de marzo de 2023, p. 3.

²⁶ Escrito de impugnación del exp. T-9.508.029, p. 2.

²⁷ Ib., p. 3.

²⁸ Ib.

²⁹ Ib., p. 4.

³⁰ Ib.

enfrentan un perjuicio irremediable³¹. En este caso, sin embargo, (i) los accionantes no estaban en situación de vulnerabilidad, (ii) no acudieron a la jurisdicción ordinaria civil, (iii) no manifestaron ninguna circunstancia que les impida hacerlo y (iv) tampoco probaron, ni siquiera de forma sumaria, estar ante el riesgo de un perjuicio irremediable³². Por lo demás, en relación con la presunta vulneración del derecho de petición, la juez indicó que era posible constatar que la aseguradora había contestado de fondo la solicitud, de manera que, en principio, no existía violación a este derecho.

18. *Actuaciones en sede de revisión.* Mediante autos de 20 de octubre y 10 de noviembre de 2023, la magistrada sustanciadora ordenó la práctica de pruebas y requirió a los oficiados. En particular, solicitó información en relación con (i) el núcleo familiar, la situación laboral e ingresos de los accionantes, (ii) las características y estado del crédito cuya cobertura se reclama y (iii) las características del seguro otorgado por Seguros Bolívar.

19. *Respuesta a los autos de pruebas.* La información obtenida en las respuestas recibidas se sintetiza en la siguiente tabla:

Interviniente	Respuesta en sede de revisión
Accionantes	1. <i>Condiciones del crédito.</i> Anexaron una certificación del Banco Davivienda en la que se especifica que el crédito objeto de la controversia es de libre inversión, fue otorgado el 2 de marzo de 2021, con corte al 14 de junio de 2022 acumulaba una mora de 408 días y su saldo ascendía a \$92.183.079. 2. <i>Proceso ordinario.</i> Indicaron que se radicó una demanda ante la jurisdicción ordinaria en Barranquilla, sin embargo el proceso fue remitido por competencia a Bogotá. El juzgado 52 civil municipal de Bogotá inadmitió y posteriormente rechazó la demanda, debido a que no fue subsanada. El apoderado de los accionantes manifestó que la falta de subsanación obedeció a que “no encontraba el proceso”³³. 3. <i>Proceso de sucesión.</i> Informaron que el causante tenía dos casas (una avaluada en aprox. 20 y la otra en 40 millones de pesos) y un vehículo a su nombre. El vehículo fue “siniestrado y quedó en pérdida total”³⁴. Por mutuo acuerdo los hermanos decidieron que las dos casas fueran puestas a nombre de la madre en el proceso de sucesión. Sin embargo, solo fue posible hacer el traspaso de una, dado que la otra está embargada por el Banco. Según explicaron, esta última fue puesta como garantía de un crédito hipotecario solicitado por el causante. Dicho crédito fue pagado por Seguros Bolívar al Banco, sin embargo, este “no quiere

³¹ Juzgado Único Promiscuo de Familia de Fundación (Magdalena), sentencia de segunda instancia, 11 de mayo de 2023, p. 7.

³² Ib., p. 8.

³³ Respuesta de los accionantes del exp. T-9.508.029 al auto de pruebas de 23 de noviembre de 2023, 27 de noviembre de 2023, p. 2.

³⁴ Ib.

	liberar la casa del embargo hasta que no se les pague el préstamo que se encuentra en Litis, pero que nada tiene que ver con la vivienda”³⁵. 4. <i>Situación de los accionantes:</i> - Elsa Sofía Hernández indicó que vive con una hija y su nieta. Las tres se sostienen con la venta de víveres, de la cual obtienen un salario mensual promedio de \$1.200.000. Manifiesta que padece de hipertensión arterial y artrosis degenerativa. - Jorge Luis Torres Hernández señaló que su núcleo familiar está compuesto por su esposa y sus tres hijos. Reside en una casa propia “avaluada en \$10.000.000, [la cual] se encuentra hipotecada y embargada”. Trabaja como vendedor y tiene un salario de \$3.000.000 mensuales. Estudió “mecánica diessel en el [SENA]”. - Diana Luz Torres Hernández informó que su núcleo familiar está compuesto por su esposo y cuatro hijos, uno de los cuales se encuentra en condición de discapacidad. Además de sus hijos y esposo convive con una sobrina y una amiga en “una casa de interés social que [l]e regaló el Gobierno con un valor de \$11.300.000”. Se dedica a la venta de víveres, de lo cual obtiene un salario de aproximadamente \$1.200.000 mensuales. Su esposo se encuentra desempleado. - Eider Torres Hernández manifestó que tiene tres hijos, es empleado y devenga \$1.400.000 mensuales. Sostiene que no sabía que su padre había solicitado el crédito objeto de la controversia y que desconoce cuál fue su destinación.
Seguros Bolívar S.A	Aclaró que el asegurado está obligado a informar si padece alguna de las enfermedades que enlista la declaración de asegurabilidad u otra diferente. Preciso que la aseguradora puede negarse a otorgar el seguro o cobrar un monto más alto por concepto de prima, en atención a la declaración del estado de riesgo. Afirmó que en el <i>sub examine</i>, el difunto “manifestó de forma libre y voluntaria que su estado de salud era normal”³⁶, en consecuencia, “la aseguradora otorgó las coberturas en condiciones normales”³⁷. Enfatizo que la declaración de asegurabilidad suscrita tenía (i) una cláusula en la que el asegurado confirma la veracidad de la información so pena de generar la nulidad del contrato y (ii) una advertencia para que no sea suscrita sin leer.

2.2. Expediente T-9.528.456. Acción de tutela presentada por Jesús Hernando Torres en contra de Seguros Bolívar S.A, Banco Davivienda S.A y EMSSSANAR EPS

20. *Hechos.* El 16 de julio de 2019, Jesús Hernando Torres adquirió el “crédito por libranza” No. 4026 con el Banco Davivienda por \$15.951.875 a un plazo de 96 meses³⁸, el cual fue asegurado por Seguros Bolívar bajo la póliza No. 5130044515562³⁹, que cubría las hipótesis de muerte e incapacidad total y

³⁵ Ib.

³⁶ Respuesta de Seguros Bolívar al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 30 de octubre de 2023, p. 2.

³⁷ Ib.

³⁸ Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 31 de octubre de 2023, p. 2.

³⁹ Ib., p. 245.

permanente⁴⁰. En la declaración de asegurabilidad consta que el único beneficiario del seguro es el Banco Davivienda, a título oneroso y “hasta el saldo del crédito asegurado”⁴¹.

21. El 6 de noviembre de 2020, el señor Jesús Hernando Torres, a sus 60 años de edad, sufrió un *accidente cerebrovascular* (ACV) que le causó la ceguera total de los dos ojos⁴². Por esta causa, el 16 de julio de 2022, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral (PCL) del 72.90%⁴³. Manifestó que luego del ACV le fue imposible ejercer actividad laboral alguna, razón por la cual no pudo continuar con el pago de las cuotas del crédito.

22. Los días 17 de junio de 2021 y 23 de mayo, 5 de agosto y 28 de octubre de 2022 el señor Torres presentó derechos de petición al Banco Davivienda en los que solicitó “la condonación del crédito”⁴⁴ con fundamento en la pérdida de capacidad laboral. El Banco remitió las solicitudes a Seguros Bolívar con el propósito de que esta valorara las reclamaciones.

23. El 11 de agosto de 2021, Seguros Bolívar negó el pago del seguro, porque consideró que el solicitante había incurrido en reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1058 del CCo⁴⁵. Indicó que el 12 de julio de 2019, día en el que el asegurado suscribió la declaración de asegurabilidad, omitió informar que padecía “hipoacusia neurosensitiva bilateral con uso de audífonos”, que le había sido diagnosticada el 29 de marzo de 2019. En criterio de la aseguradora, la omisión de informar acerca de dicho diagnóstico genera la nulidad relativa del contrato de seguro⁴⁶. Esta misma respuesta fue reiterada los días 28 de julio, 26 de septiembre y 15 de noviembre de 2022⁴⁷.

⁴⁰ De acuerdo con la póliza “se entenderá como incapacidad total y permanente la sufrida por el ASEGURADO como resultado de una lesión, enfermedad o accidente que le genere la pérdida de un 50% o más de su capacidad laboral y le impida total y permanentemente realizar su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia, la cual deberá estar certificada y en firme por la ARL, la EPS, la AFP del ASEGURADO o la junta regional de invalidez. Para el presente amparo Incapacidad Total y Permanente se tendrá como fecha de siniestro la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral”. Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 23 de noviembre de 2023, 28 de noviembre de 2023, p. 326.

⁴¹ Declaración de asegurabilidad suscrita por Jesús Hernando Torres el 12 de julio de 2019. Anexo a la respuesta de Seguros Bolívar S.A de 20 de noviembre de 2023.

⁴² Ib., p. 200.

⁴³ Escrito de tutela del exp. T-9.528.456, p. 12.

⁴⁴ Ib., p. 2.

⁴⁵ Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 31 de octubre de 2023, p. 238.

⁴⁶ Ib., p. 234.

⁴⁷ Ib.

24. *Solicitud de tutela.* El 19 de enero de 2023, Jesús Hernando Torres presentó acción de tutela en contra del Banco Davivienda S.A., Seguros Bolívar S.A. y EMSSANAR EPS, por considerar vulnerados sus derechos fundamentales de petición, igualdad y debido proceso⁴⁸. En su criterio, las respuestas del Banco y la aseguradora no fueron de fondo. En todo caso, sostuvo que la negativa de la aseguradora es arbitraria, pues la causa de su ceguera total y la consecuente PCL no se encuentra relacionada con enfermedades ni diagnósticos anteriores al ACV⁴⁹ y, en concreto, con la hipoacusia que padece. Explicó que no informó sobre esta última condición en la declaración de asegurabilidad, porque “carecía de relevancia para solicitar el crédito”⁵⁰. Reiteró que el dictamen de PCL es posterior a la adquisición del crédito y que la fecha de estructuración de la misma es el 6 de noviembre de 2020, día en el que sufrió el ACV.

25. Con fundamento en estas razones, solicitó ordenar a los gerentes del Banco Davivienda y de Seguros Bolívar que, en el término de 48 horas, “se tomen las medidas pertinentes para que Davivienda realice la condonación de [la] obligación crediticia haciéndose efectiva la póliza de seguro”⁵¹.

26. *Admisión de la tutela y vinculaciones.* El 19 de enero de 2023, el Juzgado Cuarto Penal Municipal con funciones de conocimiento de Pasto admitió la acción de tutela interpuesta y le corrió traslado a las accionadas. Además, vinculó a Colpensiones “en razón a que se encuentra inmersa dentro de los fundamentos facticos y probatorios aportados por el actor”.

27. *Contestaciones.* Las tres entidades accionadas respondieron la acción de tutela. Colpensiones, por su parte, no contestó el requerimiento.

27.1. *Banco Davivienda.* El Banco Davivienda manifestó que las pretensiones del accionante deben ser ventiladas ante la jurisdicción ordinaria. En todo caso, aseguró que no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante, en especial, el derecho de petición. Aclaró que cada una de las solicitudes ha sido tramitada, respondida de fondo y notificada. Asimismo, señaló que el hecho de que las respuestas no hayan sido favorables a los intereses del solicitante no implica que sus derechos fundamentales hayan sido vulnerados.

⁴⁸ Escrito de tutela del exp. T-9.528.456, p. 1.

⁴⁹ Ib., p. 3.

⁵⁰ Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 31 de octubre de 2023, p. 245.

⁵¹ Escrito de tutela del exp. T-9.528.456, p. 8.

- 27.2. *Seguros Bolívar*. Seguros Bolívar solicitó declarar improcedente la tutela. Adujo que “el objeto debatido en esta acción de tutela debe ventilarse y dirimirse en las vías administrativas y/o judiciales ordinarias”⁵². Con todo, aseguró que no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante, porque ha respondido cada una de sus solicitudes y la objeción de pago del seguro ha estado debidamente fundada. Reiteró que el 11 de agosto de 2021 negó la petición de pago con fundamento en el artículo 1058 del CCo. Esto, dado que “desde antes de adquirir [el] crédito [el accionante] ya contaba con un diagnóstico de Hipoacusia neurosensitiva bilateral con uso de audífonos, circunstancia importante del estado de salud que al no haber sido informada produce la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia en la información”⁵³. Destacó que “si el señor Torres hubiese informado sus antecedentes médicos, la Aseguradora habría podido realizar un estudio adecuado del riesgo que iba a asumir; sin embargo, como el Asegurado manifestó gozar de buena salud, la Compañía no pudo realizar una adecuada valoración”⁵⁴.
- 27.3. *EMSSANAR*. EMSSANAR manifestó que carece de legitimación en la causa por pasiva y solicitó ser desvinculada del presente trámite. Adujo que la pretensión del accionante no recae en su ámbito de competencia, habida cuenta de que solicita la condonación de un crédito bancario. En todo caso, informó que el accionante se encuentra afiliado a dicha EPS en el régimen contributivo desde el 1 de noviembre de 2018.

28. *Decisión de única instancia*. El 1 de febrero de 2023, el Juzgado Cuarto Penal Municipal con funciones de conocimiento de Pasto “negó por improcedente”⁵⁵ el amparo. Consideró que la solicitud no superaba el requisito de subsidiariedad, dado que (i) no existe prueba de que el beneficio perseguido no sea exclusivamente patrimonial y (ii) no existen indicios de que el accionante carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar sus gastos. Además, el accionante no manifestó encontrarse ante un perjuicio irremediable, ni tampoco haber acudido ante la jurisdicción ordinaria. De cualquier forma, indicó que “no existe vulneración del derecho fundamental del artículo 23 Constitucional, por cuanto las peticiones incoadas por el actor ante las

⁵² Juzgado Cuarto Penal Municipal con funciones de conocimiento de Pasto, sentencia de única instancia, 1 de febrero de 2023, p. 5.

⁵³ *Ib.*, p. 4.

⁵⁴ *Ib.*, p. 4. En concreto, citó la declaración de asegurabilidad suscrita por el accionante en la que éste manifestó que (i) su estado de salud era normal, no padecía de ninguna enfermedad crónica ni se encontraba en estudios médicos por afecciones a su estado de salud; (ii) en la actualidad no sufría síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que pudieran incidir en su estado de salud y (iii) no tenía limitación física ni mental alguna.

⁵⁵ *Ib.*, p. 18.

demandadas fueron resueltas conforme a derecho”⁵⁶. Este fallo no fue impugnado.

29. *Actuaciones en sede de revisión.* Mediante los autos de 20 de octubre y 10 y 23 de noviembre de 2023, la magistrada sustanciadora ordenó la práctica de pruebas y requirió a los oficiados. En particular, solicitó información en relación con (i) el núcleo familiar, la situación laboral e ingresos del accionante, (ii) las características y estado del crédito cuya cobertura se reclama y (iii) las características del seguro otorgado por Seguros Bolívar.

30. *Respuesta a los autos de pruebas.* La información obtenida en las respuestas recibidas se sintetiza en la siguiente tabla:

Interviniente	Respuesta en sede de revisión
Jesús Hernando Torres (accionante)	1. <i>Núcleo familiar, estado de salud e ingresos.</i> Informó que no tiene hijos, ni cuenta con familiares cercanos. Indicó que el 3 de agosto de 2023, le fue diagnosticado “tumor maligno de la próstata”⁵⁷. Asimismo, señaló que (i) no tienen ningún vínculo laboral y su único ingreso es su pensión por invalidez por un valor de \$1.160.000 la cual le fue reconocida a partir del 1 de junio de 2023⁵⁸, (ii) no tiene propiedades y (iii) paga un canon de arrendamiento y a una persona para que le asista en sus actividades cotidianas, dadas sus limitaciones físicas. 2. <i>Características del crédito.</i> Indicó que la tasa de interés corriente pactada es del 20.41% efectivo anual (E.A), la cobrada es del 29.33% E.A y la de mora cobrada es del 39.78% E.A. Indicó que ha pagado 51 cuotas y que adeuda 45. El saldo actual es de \$12.117.673 “sujeto a variación”⁵⁹ y la cuota mensual es de \$330.000.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

31. La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos en los expedientes acumulados, con fundamento en lo dispuesto por el inciso 2 del artículo 86 y el numeral 9 del artículo 241 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

⁵⁶ Ib., p. 14.

⁵⁷ Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 31 de octubre de 2023, p. 325.

⁵⁸ Ib., p. 278.

⁵⁹ Ib., p. 2.

2. Estructura de la decisión

32. La presente decisión tendrá la siguiente estructura. En primer lugar, la Sala examinará si las solicitudes de amparo acumuladas satisfacen los requisitos generales de procedibilidad de la acción de tutela (sección II.3 *infra*). En segundo lugar, de ser procedente, la Sala estudiará si los accionados vulneraron los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes (sección II.4 *infra*). Por último, de encontrar una vulneración a los derechos fundamentales, adoptará los remedios que correspondan (sección II.5 *infra*).

3. Examen de procedibilidad

33. El artículo 86 de la Constitución Política dispone que la acción de tutela es un mecanismo judicial subsidiario, residual, informal y autónomo que tiene por objeto garantizar la “protección inmediata de los derechos fundamentales” de las personas por medio de un “procedimiento preferente y sumario”⁶⁰. De acuerdo con lo previsto por el Decreto 2591 de 1991 y el desarrollo jurisprudencial de esta Corte, son requisitos generales de procedencia de la acción de tutela: (i) la legitimación en la causa -por activa y pasiva-, (ii) la inmediatez y (iii) la subsidiariedad. El cumplimiento de estos requisitos de procedencia es una condición para que el juez de tutela pueda emitir un pronunciamiento de fondo.

3.1. Legitimación en la causa

(i) Legitimación en la causa por activa

34. El artículo 86 de la Constitución Política dispone que “[t]oda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces (...), por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales”. Por su parte, el artículo 10° del Decreto 2591 de 1991 señala que la solicitud de amparo puede ser presentada: (i) a nombre propio, (ii) mediante representante legal, (iii) por medio de apoderado judicial o (iv) mediante agente oficioso. En este sentido, la Corte Constitucional ha sostenido que el requisito de legitimación por activa exige que la tutela sea presentada por quien tenga un interés cierto, directo y particular en la solución de la controversia⁶¹.

⁶⁰ Constitución Política, artículo 86.

⁶¹ Corte Constitucional, sentencias T-381 de 2018; T-623 de 2012, T-773A de 2012, SU-173 de 2015, T-898 de 2014, T-1025 de 2005, T-552 de 2006.

35. La Sala considera que los accionantes de las solicitudes de amparo acumuladas están legitimados por activa:

35.1. *Expediente T-9.508.029.* Los señores Jorge Luis Torres Hernández, Diana Luz Torres Hernández, Eider Alberto Torres Hernández y Elsa Sofía Hernández Villalba están legitimados por activa, porque son los herederos del señor Federman Eligio Torres Martínez, quien era el tomador de la póliza que aseguraba el pago del crédito No. 3509. La Corte Constitucional ha sostenido que los herederos están facultados para reclamar ante las aseguradoras el cumplimiento de las prestaciones que garantizan los créditos del causante⁶². Esto, como quiera que, eventualmente, serían los llamados a asumir la titularidad de los derechos y obligaciones del causante, lo que implica que la negativa de la aseguradora a pagar el crédito podría causar una afectación directa en el patrimonio de la herencia⁶³. La Sala constata que en el presente caso los accionantes pretenden que la aseguradora cubra el saldo insoluto del crédito adquirido por el causante. Lo anterior, en la medida en que la falta de pago de dicha obligación puede acarrear consecuencias adversas para su derecho fundamental al mínimo vital. Por lo tanto, se encuentran legitimados.

35.2. *Expediente T-9.528.456.* La acción de tutela satisface el requisito de legitimación en la causa por activa. Esto, porque fue presentada por Jesús Hernando Torres, quien es el titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados, pues fue quien adquirió el crédito cuyo pago reclama a la aseguradora.

(ii) Legitimación en la causa por pasiva

36. El requisito de legitimación en la causa por pasiva exige que la acción de tutela sea interpuesta en contra del sujeto -autoridad pública o privado- que cuenta con la aptitud o “capacidad legal”⁶⁴, bien sea porque es el presunto responsable de los hechos vulneradores o es el llamado a responder por las pretensiones. Los artículos 86 de la Constitución Política y 5 del Decreto 2591 de 1991 prevén que la acción de tutela procede en contra de “toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar

⁶² Corte Constitucional, sentencia T-734 de 2017.

⁶³ Corte Constitucional, sentencia T-734 de 2017. Ver también, Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencias SCJ SCC del 28 de julio de 2005 radicación No. 1999-00449-01 y sentencia del 15 de diciembre de 2008 radicación No. 2001-01021-01. Código Civil, art. 1012.

⁶⁴ Corte Constitucional, sentencia SU-424 de 2021.

derechos fundamentales”. Por su parte, el artículo 42.4 del Decreto 2591 de 1991 dispone que la tutela será procedente contra particulares “cuando la solicitud fuere dirigida contra una organización privada, contra quien la controle efectivamente o fuere el beneficiario real de la situación que motivo la acción, siempre y cuando el solicitante tenga una relación de subordinación o indefensión con tal organización”.

37. La Corte ha determinado que la acción de tutela es procedente contra particulares que ejercen actividades financieras y aseguradoras, por dos razones. Primero, porque sus usuarios se encuentran en estado de indefensión, en tanto “los intereses del asegurado o beneficiario se encuentr[an] supeditados al cumplimiento de la prestación por parte de la entidad del sector financiero o asegurador, que las más de las veces, impone de manera unilateral las condiciones que han de regir el desarrollo de la relación contractual”⁶⁵. Segundo, en atención a que, de un lado, las compañías aseguradoras desarrollan una actividad de interés público⁶⁶ y, de otro, las bancarias prestan un servicio público “como el aprovechamiento, e inversión de recursos captados del público, según lo establecido en el artículo 335 de la Carta Política”⁶⁷.

38. A continuación, la Sala examina la legitimación en la causa por pasiva de las accionadas y vinculadas:

- 38.1. *Seguros Bolívar S.A.* Está legitimada en la causa por pasiva, dado que (i) suscribió las pólizas con los adquirentes de los créditos, (ii) es la presunta responsable de la vulneración de los derechos fundamentales de los accionantes, por haber objetado el pago; y (iii) tiene la aptitud y capacidad legal para satisfacer las pretensiones.
- 38.2. *Davivienda S.A.* El Banco está legitimado en la causa por pasiva. Esto, debido a que (i) otorgó los créditos objeto de la controversia, (ii) es el beneficiario de las pólizas de seguro y (iii) podría verse afectado por la decisión que adopte la Sala.
- 38.3. *EMSSANAR EPS.* Esta entidad, accionada en el expediente T-9.528.456, no está legitimada en la causa por pasiva. Lo anterior, en atención a que carece de aptitud y capacidad legal para satisfacer las pretensiones consistentes en el pago del seguro de vida que garantiza el crédito adquirido por el señor Jesús Hernando Torres. Además, no es responsable

⁶⁵ Corte Constitucional, sentencia T-171 de 2021.

⁶⁶ Corte Constitucional, sentencia T-517 de 2006.

⁶⁷ Corte Constitucional, sentencias T-734 de 2017 y T-171 de 2021. *Cfr.* Sentencias T-132 de 2020, T-027 de 2019, T-734 de 2017 y T-251 de 2017.

de los hechos presuntamente vulneradores. En consecuencia, la Sala ordenará su desvinculación.

- 38.4. *Superintendencia Financiera*. La Superintendencia Financiera, vinculada en el expediente T-9.508.029, no está legitimada en la causa por pasiva, por tres razones. Primero, ninguna de sus funciones está relacionada con el pago del seguro de vida que garantiza el crédito adquirido por el señor Federman Eligio Torres Martínez. Segundo, ninguna de las autoridades judiciales de instancia acudió a las funciones relacionadas con la vigilancia y control de las entidades aseguradoras a su cargo. Y tercero, no es responsable de los hechos presuntamente vulneradores. En consecuencia, será desvinculada del presente trámite.
- 38.5. *Colpensiones*. Esta entidad, vinculada en el expediente T-9.528.456, no está legitimada en la causa por pasiva. Lo anterior, en atención a que carece de aptitud y capacidad legal para satisfacer las pretensiones consistentes en el pago del seguro de vida que garantiza el crédito adquirido por el señor Jesús Hernando Torres. Además, no es responsable de los hechos presuntamente vulneradores. En consecuencia, la Sala ordenará su desvinculación del trámite de tutela.

3.2. Inmediatez

39. La acción de tutela no está sujeta a un término de caducidad. Sin embargo, la Corte Constitucional ha interpretado que conforme al artículo 86 de la Constitución, la solicitud de amparo tiene por objeto la protección “inmediata” de los derechos fundamentales. Por esta razón, debe ser presentada en un término razonable respecto de la ocurrencia de los hechos que dieron lugar a la presunta amenaza o vulneración⁶⁸. La razonabilidad del término de interposición debe examinarse en cada caso concreto en atención a, entre otros, los siguientes criterios: (i) las circunstancias personales del actor, (ii) su diligencia y posibilidades reales de defensa⁶⁹, (iii) la posible afectación a derechos de terceros derivada de la interposición tardía de la tutela y (iv) los efectos del hecho vulnerador, esto es, si se trata de una vulneración continua o permanente⁷⁰.

40. La Sala considera que las solicitudes de tutela *sub examine* satisfacen el requisito de inmediatez:

⁶⁸ Corte Constitucional, sentencias SU-961 de 1999, T-273 de 2015 y SU-260 de 2021.

⁶⁹ Corte Constitucional, sentencia SU-150 de 2021.

⁷⁰ Corte Constitucional, sentencias SU-168 de 2017 y T-550 de 2020.

- 40.1. *Expediente T-9.508.029*. Seguros Bolívar negó el pago del crédito el 8 de agosto de 2022⁷¹ y la acción de tutela fue presentada el 10 de marzo de 2023. En este sentido, entre el hecho presuntamente vulnerador y la interposición de la tutela, transcurrieron 7 meses y 2 días. La Sala considera que este es un término razonable, pues las circunstancias socioeconómicas de los accionantes (ver párr. 44 *infra*) permiten inferir razonablemente que la falta de educación y recursos económicos pudo influir en la demora para obtener asesoría jurídica idónea y emprender los mecanismos de reclamo de sus pretensiones, entre los cuales se encuentra la presentación de la acción de tutela *sub examine*.
- 40.2. *Expediente T-9.528.456*. El 15 de noviembre de 2022, Seguros Bolívar profirió el último oficio mediante el cual objetó el pago del crédito⁷². Luego, el 19 de enero de 2023 el accionante presentó la acción de tutela. La Sala encuentra que, entre el último hecho presuntamente vulnerador y la interposición de la tutela, transcurrieron 2 meses y 4 días, lo que es un término razonable.

3.3. Subsidiariedad

41. El artículo 86 de la Constitución Política prescribe que la acción de tutela tiene carácter subsidiario respecto de los medios ordinarios de defensa judicial⁷³. En virtud del principio de subsidiariedad, la acción de tutela sólo procede en dos supuestos⁷⁴. Primero, como mecanismo *definitivo* de protección, cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial ordinario para proteger los derechos fundamentales o cuando los mecanismos de defensa existentes no son idóneos y eficaces. El medio de defensa es idóneo si “es materialmente apto para producir el efecto protector de los derechos fundamentales”⁷⁵. Por su parte, es eficaz (i) en abstracto, cuando “está diseñado para brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados”⁷⁶ y (ii) en concreto, si “atendiendo las circunstancias en que se encuentre el solicitante”⁷⁷, es lo

⁷¹ Oficio OIV-51058-1. Escrito de tutela del expediente T-9.508.029, p. 17.

⁷² Oficio DNI-OIV-62783-1. Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 31 de octubre de 2023, p. 234.

⁷³ Corte Constitucional, sentencias SU-691 de 2017 y T-391 de 2022.

⁷⁴ Corte Constitucional, sentencia T-071 de 2021.

⁷⁵ Corte Constitucional, sentencia SU-379 de 2019.

⁷⁶ *Ib.*

⁷⁷ Decreto 2591 de 1991, art. 6. “La acción de tutela no procederá: 1. Cuando existan otros recursos o medios de defensa judiciales, salvo que aquélla se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. La existencia de dichos medios será apreciada en concreto, en cuanto a su eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentra el solicitante”. Ver también: Corte Constitucional, sentencia T-402 de 2023.

suficientemente expedito para garantizar estos derechos⁷⁸. Segundo, como mecanismo de protección *transitorio* si, a pesar de existir medios ordinarios idóneos y eficaces, la tutela se utiliza con el propósito de evitar un perjuicio irremediable⁷⁹.

42. La Corte Constitucional ha sostenido que las acciones civiles ordinarias son mecanismos idóneos y eficaces para reclamar el cumplimiento del contrato de seguro⁸⁰. Así mismo, ha advertido que, en los casos que no involucran sujetos en situación de especial vulnerabilidad, el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Financiera previsto en el artículo 57 de la Ley 1480 de 2011 puede resultar idóneo y eficaz⁸¹. Sin embargo, también ha reconocido que el estudio de procedencia de la acción de tutela puede flexibilizarse, de manera excepcional, en los casos en que: (i) se constata una grave afectación a los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, “como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no tienen ningún tipo de ingreso”⁸² o (ii) se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante, “por el incumplimiento de las obligaciones contractuales que le asisten a la aseguradora, a pesar de la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado”⁸³.

43. La Sala considera que las solicitudes de tutela *sub examine* satisfacen el requisito de subsidiariedad y proceden como mecanismo definitivo de protección, dado que la situación de vulnerabilidad de los accionantes hace que los mecanismos ordinarios carezcan de eficacia en concreto para resolver sus pretensiones:

44. *Expediente T-9.508.029*. La acción de tutela es presentada por cuatro personas: tres hijos del causante⁸⁴ y su cónyuge⁸⁵. La Sala encuentra que los

⁷⁸ Ib.

⁷⁹ Constitución Política, art. 86.

⁸⁰ Corte Constitucional, sentencias T-734 de 2017, T-241 de 2019, T-132 de 2020 y T-171 de 2021.

⁸¹ La referida disposición establece que “los consumidores financieros de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia podrán a su elección someter a conocimiento de esa autoridad, los asuntos contenciosos que se susciten entre ellos y las entidades vigiladas sobre las materias a que se refiere el presente artículo para que sean fallados en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez”. En casos no relacionados con el pago de seguros, la Corte ha destacado que según la Superintendencia Financiera “el tiempo promedio de duración de un 8 proceso es de 164,82 días, incluso en los procesos con debates probatorios complejo”. Corte Constitucional, sentencia T-350 de 2022. Además, el artículo 590.c del Código General del Proceso autoriza la adopción de medidas cautelares.

⁸² Corte Constitucional, sentencia T-501 de 2016. Ver también Corte Constitucional, sentencias T-591 de 2017 y T-061 de 2020.

⁸³ Ib.

⁸⁴ Jorge Luis Torres Hernández, Diana Luz Torres Hernández y Eider Alberto Torres Hernández.

⁸⁵ Elsa Sofía Hernández Villalba.

cuatro accionantes se encuentran en situación de vulnerabilidad y, por tanto, son sujetos de especial protección constitucional, habida cuenta de su poca capacidad de generar ingresos, las precarias condiciones de vida, la cantidad de dependientes económicos que tienen y la situación de salud en que se encuentran. Al respecto, la Sala resalta que:

- 44.1. Elsa Sofía Hernández se encuentra en el grupo “C11: vulnerable” en el Sisbén IV. Además, según informó a esta Sala, reside con una hija y una nieta y las tres se sostienen con su salario que es de \$1.200.000 mensuales, provenientes de la venta de víveres. Además, padece de hipertensión arterial y artrosis degenerativa.
 - 44.2. Jorge Luis Torres Hernández se encuentra en el grupo “B7: pobreza moderada” de la clasificación en el Sisbén IV. Si bien se encuentra empleado y devenga un salario de \$3.000.000 mensuales, es económicamente responsable de su esposa y sus tres hijos. Además, si bien reside en una casa propia, está hipotecada y embargada. Sumado a lo anterior, el accionante padece de secuelas en su salud como consecuencia del contagio de Covid 19.
 - 44.3. Diana Luz Torres Hernández se encuentra en el grupo “A4: pobreza extrema” en el Sisbén IV. Reside con su esposo desempleado, sus cuatro hijos -uno de los cuales se encuentra en condición de discapacidad-, una sobrina y una amiga, en una casa de interés social otorgada por el Estado, avaluada en \$11.300.000. Se sostiene con su salario que es de aproximadamente \$1.200.000 mensuales provenientes de la venta de víveres.
 - 44.4. Eider Torres Hernández se encuentra empleado, devenga un salario mínimo mensual y tiene a cargo a sus tres hijos. No posee ningún bien inmueble.
45. Así las cosas, la negativa de la aseguradora de cubrir la referida obligación puede generar una afectación intensa en los derechos fundamentales al mínimo vital de los accionantes, dada su condición de especial vulnerabilidad. En consecuencia, la acción de tutela procede como mecanismo definitivo de protección.
46. *Expediente T-9.528.456.* El señor Jesús Hernando Torres tiene un único ingreso económico de \$1.160.000 mensuales correspondiente a su pensión por invalidez. No es propietario de ningún inmueble por lo que paga un canon de arrendamiento mensual. A los 60 años sufrió un ACV que le causó la ceguera total de ambos ojos. Carece de una red de apoyo pues no tiene hijos ni familiares

cercanos, por lo que paga a una persona para que le asista en sus actividades cotidianas, dadas sus limitaciones físicas. Además, el 3 de agosto de 2023, le fue diagnosticado un “tumor maligno de la próstata”⁸⁶. En estas condiciones, la Sala advierte que la negativa de Seguros Bolívar de cubrir el pago del crédito puede generar una afectación particularmente grave al derecho fundamental al mínimo vital de un sujeto de especial protección constitucional como el accionante. En consecuencia, la acción de tutela procede como mecanismo *definitivo* de amparo.

4. Examen de Fondo

47. En esta sección, la Sala examinará si Seguros Bolívar vulneró los derechos fundamentales al debido proceso y mínimo vital de los accionantes al objetar el pago de las indemnizaciones pactadas en las pólizas y cubrir los créditos asegurados. A dichos efectos, la Sala reiterará la jurisprudencia constitucional en relación con la reticencia en el contrato de seguro (sección 4.1 *infra*). En esta sección, la Sala hará especial énfasis en (i) la obligación del tomador de informar sobre las preexistencias, (ii) el deber de las aseguradoras de revisar la historia clínica de los tomadores y llevar a cabo exámenes médicos y (iii) las reglas jurisprudenciales desarrolladas por este tribunal en relación con los requisitos que las aseguradoras deben cumplir para poder objetar válidamente el pago de una póliza de seguro. Luego, con fundamento en estas reglas, resolverá el caso concreto y adoptará los remedios y órdenes que correspondan (sección 4.2 *infra*).

4.1. La reticencia en el contrato de seguro. Reiteración de jurisprudencia

4.1.1. El contrato de seguro. Definición, elementos esenciales y obligaciones de las partes

48. El contrato de seguro es un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador se obliga al pago de una prestación pecuniaria cierta denominada ‘prima’ a favor de otra llamada asegurador⁸⁷. Lo anterior, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de un riesgo – siniestro- que afecta la integridad o el patrimonio del primero o de un tercero beneficiario⁸⁸. De acuerdo con el artículo 1045 CCo., son elementos esenciales

⁸⁶ Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 31 de octubre de 2023, p. 325.

⁸⁷ Corte Constitucional, sentencias T-658 de 2017 y T-164 de 2018

⁸⁸ Corte Constitucional, sentencia T-164 de 2018.

del contrato de seguro el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador:

- 48.1. *Interés asegurable*. En los seguros de daños, el interés asegurable es aquel en cabeza de “toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la realización de un riesgo”⁸⁹. Debe ser (i) susceptible de estimación en dinero y (ii) lícito⁹⁰. En los seguros de personas, como el seguro de vida, el interés asegurable puede ser la “propia vida”⁹¹, la vida de “las personas a quienes legalmente [se] pueda reclamar alimentos”⁹² y “la de aquellas cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico”⁹³.
- 48.2. *Riesgo Asegurable*. Es “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”⁹⁴.
- 48.3. *Prima*. Es el “precio del seguro”⁹⁵ que el tomador está obligado a pagar⁹⁶. La mora en el pago de la prima genera “la terminación automática del contrato”⁹⁷.
- 48.4. *Obligación condicional de pago*. Es la obligación condicional a cargo del asegurador de efectuar el pago de la indemnización pactada por la ocurrencia del siniestro⁹⁸.

49. El artículo 1036 del CCo. establece que el contrato de seguro tiene cinco características: (i) es consensual, por cuanto se perfecciona con el consentimiento del asegurador y el tomador del seguro; (ii) es bilateral, puesto que las obligaciones en el contrato de seguro son para ambas partes; (iii) es oneroso, porque para asegurar el riesgo es necesario que el tomador pague el valor de la prima que cubre el acontecimiento; (iv) es aleatorio, ya que no es posible determinar si el riesgo va a acaecer ni cuando y, por último, (v) es de ejecución sucesiva, dado que sus prestaciones son continuadas⁹⁹. Además, la jurisprudencia

⁸⁹ Artículo 1083 del Código de Comercio.

⁹⁰ Ib.

⁹¹ Numeral 1 del artículo 1137 del Código de Comercio.

⁹² Numeral 2 del artículo 1137 del Código de Comercio.

⁹³ Numeral 3 del artículo 1137 del Código de Comercio.

⁹⁴ Artículo 1054 del Código de Comercio.

⁹⁵ Artículo 1045 del Código de Comercio.

⁹⁶ Artículo 1066 del Código de Comercio.

⁹⁷ Artículo 1068 del Código de Comercio.

⁹⁸ Artículo 1080 del Código de Comercio.

⁹⁹ Corte Constitucional, sentencia T -272 de 2018.

ha precisado que el contrato de seguro es de naturaleza privada, nominado¹⁰⁰, *intuitu personae*¹⁰¹ y de adhesión¹⁰².

50. Las partes del contrato de seguro son el tomador y el asegurador¹⁰³. Las principales obligaciones que surgen del contrato para cada una de ellas se sintetizan en la siguiente tabla:

Parte	Obligaciones
Tomador	El tomador está obligado a: (i) declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (art. 1058 del CCo.); (ii) mantener el estado del riesgo e informar al asegurador la ocurrencia de hechos posteriores a la celebración del contrato que signifiquen su agravación (art. 1060 del CCo.); (iii) pagar la prima (art. 1066 del CCo.); (iv) notificar al asegurador de la ocurrencia del siniestro (art. 1075 del CCo.) y (v) actuar conforme al principio de buena fe desde la etapa precontractual y hasta que el contrato pierda vigencia ¹⁰⁴ .
Asegurador	Son obligaciones del asegurador: (i) establecer las cláusulas del contrato con claridad, sin vacíos ni ambigüedades ¹⁰⁵ ; (ii) pagar el valor de la indemnización o a cubrir la suma contratada dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado demuestre su derecho (art. 1080 del CCo.) y (iii) actuar conforme al principio de buena fe desde la etapa precontractual y hasta que el contrato pierda vigencia ¹⁰⁶ .

51. Conforme a la jurisprudencia constitucional y ordinaria, el contrato de seguro es un contrato de “ubérrima buena fe”¹⁰⁷, o de buena fe “calificada”¹⁰⁸. Esto implica que, tanto en la etapa precontractual como en la ejecución del mismo, las partes deben comportarse y cumplir con sus obligaciones legales y contractuales con la más alta lealtad, honestidad y probidad.

¹⁰⁰ Porque se encuentra regulado por los artículos 1036 a 1162 del Código de Comercio.

¹⁰¹ En la medida que “se realiza caracterizando a la persona, la condición del asegurado y la calidad de las cosas aseguradas”. Corte Constitucional, sentencia T-272 de 2018.

¹⁰² Esto, dado que “las cláusulas del contrato no pueden ser objeto de [discusión previa, negociación o modificación] por las partes contratantes, por el contrario, el tomador se somete a las condiciones del asegurador”. Corte Constitucional, sentencia T-272 de 2018.

¹⁰³ Artículo 1037 del Código de Comercio.

¹⁰⁴ Corte Constitucional, sentencias C-232 de 1997, T-251 de 2017, T-591 de 2017, T-164 de 2018 y T-272 de 2018.

¹⁰⁵ Corte Constitucional, sentencias T-658 de 2017. Ver también las sentencias T-591 de 2017 y T-164 de 2018.

¹⁰⁶ Corte Constitucional, sentencias C-232 de 1997, T-251 de 2017, T-591 de 2017, T-164 de 2018 y T-272 de 2018.

¹⁰⁷ Según la sentencia C-232 de 1997: “Aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bonae fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. (...) La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador”. Ver también, Corte Suprema de Justicia, sentencia SC18563-2016 de 16 de diciembre de 2016, radicación 05001-31-03-017-2009-00438-01, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo y Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. Y Corte Constitucional, sentencias T-071 de 2017, T-501 de 2016 y T-660 de 2017.

¹⁰⁸ *Ib.*

4.1.2. La obligación del tomador de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo y la reticencia en el contrato de seguro

52. El artículo 1058 del Código de Comercio dispone 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”. De acuerdo con la jurisprudencia, en los seguros de vida o por enfermedad¹⁰⁹, esta obligación supone que, en la declaración de asegurabilidad, el tomador debe informar todos los diagnósticos o afecciones en salud de los que tenga conocimiento por las que el asegurador le interroga con el fin de determinar el estado del riesgo¹¹⁰. Estos diagnósticos o afecciones en salud se denominan preexistencias. La declaración sincera del estado del riesgo es una manifestación del principio de buena fe y busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en principio, “es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado”¹¹¹.

53. El tomador incurre en reticencia cuando declara de forma inexacta las circunstancias que determinan el estado del riesgo, esto es, cuando el tomador incumple la obligación prevista en el artículo 1058 del CCo¹¹². Sin embargo, no toda reticencia o inexactitud en relación con las preexistencias en la declaración de asegurabilidad genera la nulidad del contrato. De acuerdo con el inciso 1º del artículo 1058 del CCo, así como la jurisprudencia constitucional y ordinaria, la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales¹¹³: (i) el elemento subjetivo -mala fe-; (ii) la trascendencia o relevancia de la preexistencia y (iii) el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro.

¹⁰⁹ La Corte aclara que la obligación de declarar las preexistencias no se circunscribe a este tipo de seguros.

¹¹⁰ Corte Constitucional, sentencias T-071 de 2017 y T-658 de 2017.

¹¹¹ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

¹¹² La Corte Suprema de Justicia ha reiterado que “no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la *intentio* del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación”. Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

¹¹³ Corte Constitucional, sentencias T-442 de 2018, T-094 de 2019 y T-061 de 2020. Ver también las sentencias T-222 de 2014, T-251 de 2017, T-658 de 2017, T-591 de 2017 y T-164 de 2018, entre otras.

53.1. *Elemento subjetivo*. El tomador debe haber actuado de mala fe. Esto ocurre cuando tenía conocimiento del diagnóstico, pero omitió informar sobre el mismo con el propósito de evitar que el contrato se hiciera más oneroso o el asegurador desistiera del mismo¹¹⁴.

53.2. *Trascendencia o relevancia*. Las preexistencias que no fueron informadas deben ser *trascendentes*¹¹⁵ o *relevantes*¹¹⁶. De acuerdo con el artículo 1058 del CCo, son trascendentes los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, “lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...)”¹¹⁷.

53.3. *Nexo de causalidad*. La jurisprudencia constitucional y civil ordinaria ha enfatizado que, para que la reticencia o inexactitud genere nulidad, debe existir un “nexo causal entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro”¹¹⁸.

54. En virtud del principio de la buena fe, se presume que la declaración de asegurabilidad es veraz y no adolece de vicio. Asimismo, el artículo 167 del Código General del Proceso dispone que “incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, de manera que la nulidad debe ser probada por quien la alega. En este sentido, la

¹¹⁴ Corte Constitucional, sentencias T-222 de 2014, T-251 de 2017, T-658 de 2017, T-591 de 2017 y T-061 de 2020.

¹¹⁵ Inciso 1 del artículo 1058 del Código de Comercio. Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona; Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez y Corte Suprema de Justicia, sentencia STC484-2023 de 25 de enero de 2023, radicación 41001-22-14-000-2022-00227-01, M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

¹¹⁶ Corte Suprema de Justicia, sentencia STC12031-2023 de 26 de octubre de 2023, radicación: 11001-02-03-000-2023-03712-00, M.P. Francisco Ternera Barrios; Corte Suprema de Justicia, sentencia STC117-2023 de 18 de enero de 2023, radicación: 20001-22-14-001-2022-00262-01, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo y Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

¹¹⁷ Artículo 1058 del Código de Comercio.

¹¹⁸ La Sala advierte que el artículo 1058 del Código de Comercio no exige demostrar un nexo causal entre la preexistencia y el siniestro. Además, en la sentencia C-232 del 1997, la Corte Constitucional declaró la exequibilidad de esta norma y señaló que la nulidad tiene lugar “por el solo acaecimiento de la inexactitud o reticencia”. Algunos salvamentos de voto de magistrados de la Corte Constitucional han puesto este hecho de presente y han indicado que su exigencia desconoce la lógica de la nulidad, pues “la nulidad es un vicio originario que afecta la validez del contrato con efectos retroactivos –*ex tunc*–, y que se configura concomitantemente a la celebración del contrato, con independencia de los hechos o siniestros que ocurran con posterioridad”. Salvamento de voto del magistrado Alejandro Linares a la sentencia T-442 de 2018. Sin embargo, desde el año 2017 la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia han considerado de forma consistente que “al alegar la configuración de reticencia del asegurado derivada de una presunta preexistencia, la carga de la prueba recae en la aseguradora, que debe probar de manera clara y precisa un nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la condición médica que genera el siniestro”. Corte Constitucional, sentencia T-442 de 2018 y Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. En el mismo sentido, ver Corte Constitucional, sentencias T-240 de 2016, T-282 de 2016, T-658 de 2017 y T-094 de 2019.

carga de la prueba de acreditar los elementos de la reticencia está en cabeza de la aseguradora¹¹⁹. Si la aseguradora no acredita estos elementos, no podrá objetar el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad del contrato de seguro por reticencia.

4.1.3. Los deberes de las aseguradoras en relación con la determinación del estado del riesgo

55. El inciso 4º del artículo 1058 del CCo. dispone que no será nulo el contrato “si el asegurador, antes de celebrar[lo], ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”¹²⁰. En este sentido, la aseguradora tiene el deber de “estipular en el texto de la póliza, clara y expresamente, las exclusiones o preexistencias que resulten de la información suministrada por el usuario y de su investigación”¹²¹. Si el asegurador no excluye claramente las preexistencias que le fueron informadas, se entiende que las conocía y decidió ampararlas. Al respecto, la Corte Constitucional ha enfatizado los hechos advertidos por el asegurador en el momento previo a la suscripción del contrato, que puedan generar siniestros futuros, pero frente a los cuales se guardó silencio, “se deberán considerar como irrelevantes para la compañía aseguradora y por lo tanto se erigirán como riesgos amparados”¹²².

56. 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 nulidad¹²³. 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”¹²⁴. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que

¹¹⁹ Según la Corte Constitucional, esta obligación se justifica, en que solo la aseguradora conoce qué hechos la harían desistir de la celebración del contrato o lo harían más oneroso. Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014. En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que “La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro”. Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

¹²⁰ Inciso 4 del artículo 1058 del Código de Comercio.

¹²¹ Corte Constitucional, sentencia T-658 de 2017. Ver también las sentencias T-501 de 2016 y T-071 de 2017.

¹²² Corte Constitucional, sentencia T-071 de 2017.

¹²³ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez. Y Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

¹²⁴ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez. Ver también: Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

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 declaración¹²⁵.

57. La Sala advierte, sin embargo, que el alcance y contenido del deber de diligencia de la aseguradora para comprobar el estado de salud del tomador o beneficiario en los seguros de vida no ha sido delimitado de manera uniforme por la jurisprudencia constitucional y ordinaria. En particular, la Sala advierte que existen tres posturas jurisprudenciales diferenciadas, las cuales se sintetizan en el siguiente cuadro:

Postura	Fundamento
Postura 1	1. La aseguradora cumple con el deber de diligencia si, en la etapa precontractual, formula un cuestionario claro y preciso al tomador en el que se indaga por su estado de salud y las patologías que padece. La aseguradora no está obligada a verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad y de las respuestas al cuestionario a través de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador. 2. La falta de realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica no permite aplicar la regla de conocimiento presuntivo. En aquellos casos en los que, en el cuestionario formulado por la aseguradora, el tomador respondió de forma explícita, deliberada y falsa no padecer una enfermedad que luego materializa el siniestro, la aseguradora podrá alegar la nulidad del contrato de seguro y objetar el pago de la póliza por reticencia. 3. Esta postura se fundamenta en, principalmente, las siguientes tres premisas: (i) El artículo 1058 del CCo. prevé que el tomador está obligado a declarar sinceramente cuál es el estado del riesgo y advierte que la reticencia puede generar la nulidad del contrato¹²⁶. (ii) El Código de Comercio no le impone a la aseguradora el deber legal de realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica. Por el contrario, el artículo 1158 del CCo. aclara que la obligación de hacer una declaración sincera y la posible nulidad derivada de su incumplimiento es exigible aun si el asegurador prescinde del examen médico. (iii) El contrato de seguro se basa en el principio de buena fe (<i>uberrimae bonae fidei</i>)¹²⁷, por lo que no es posible indultar o condonar las reticencias deliberadas de los tomadores.

¹²⁵ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

¹²⁶ Al respecto, un sector de la jurisprudencia ha sostenido que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora no exige “el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cuál es el ‘estado del riesgo’ al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo”. Corte Suprema de Justicia, sentencia SC2803-2016 de 4 de marzo de 2016, radicación 05001-31-03-003-2008-00034-01, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

¹²⁷ Al respecto, ver: Corte Constitucional, sentencia T-058 de 2016 y T-660 de 2017.

	➤ Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en las sentencias de 26 de abril de 2007 ¹²⁸ y SC2803-2016 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-370 de 2015, T-058 de 2016 ¹²⁹ y T-071 de 2017.
Postura 2	1. El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constataste la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, de acuerdo con la reciente jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, la declaración de asegurabilidad no basta “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”¹³⁰. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario. 2. Para demostrar el <i>conocimiento presuntivo</i> de la aseguradora¹³¹ en estos casos, se debe acreditar que: “(i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas”¹³². 3. La regla de conocimiento presuntivo “no es un remedio general para indultar o condonar 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 que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar”¹³³.

¹²⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 26 de abril de 2007, expediente 11001-31-03-022-1997-04528-01, M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez. La Sala no desconoce que esta sentencia reitera la tesis del conocimiento presuntivo. Sin embargo, la ubica en esta postura debido a que (i) sostiene que la determinación del riesgo se debe hacer fundamentalmente con base en la declaración de asegurabilidad y (ii) admite que incluso en los casos en que “existe la posibilidad de que el estado del [riesgo] no concuerde con lo expresado en la declaración de [asegurabilidad] hay que reconocer que [realizar averiguaciones adicionales] no adviene obligatorio”. En el caso concreto, consideró que el tomador negó padecer de diabetes mellitus, pese a que el asegurador le preguntó por ello de forma expresa. En consecuencia, determinó que “por supuesto que si las solicitudes de seguro indicaron que el estado de salud del asegurado era 'normal' y que no tenía ninguno de los padecimientos a que se refiere el sencillo cuestionario que aparece en los formularios pertinentes, el asegurador no tuvo cómo dudar de la veracidad de lo expresado en aquellos y mucho menos de la responsabilidad y solvencia de su signatario, por supuesto que entrar en sospechas, así las cosas, sería tanto como presumir la mala fe”.

¹²⁹ En esta providencia la Sala de Segunda declaró la improcedencia de la tutela. Sin embargo, sostuvo que “la decisión de realizar un cuestionario sobre el estado de salud de la accionante, sin proceder con la práctica previa de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica de la condición del asegurado, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio, cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo que permite confiar en la sinceridad de la declaración del tomador sobre su estado del riesgo”.

¹³⁰ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

¹³¹ Además, encuentra fundamento en que (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo que, como tal, debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo y (ii) la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador, pese a no ser *obligaciones legales*, son actuaciones propias de un asegurador acucioso y diligente.

¹³² Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

¹³³ Ib.

	➤ Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias: SC18563-2016¹³⁴, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023¹³⁵ y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-501 de 2016¹³⁶ y T-660 de 2017¹³⁷.
Postura 3	1. El deber de diligencia no se satisface con la formulación de un cuestionario y la declaración de asegurabilidad. En todos los casos, la aseguradora tiene la carga de realizar labores adicionales para constatar el estado del riesgo, tales como realizar exámenes médicos, solicitar diagnósticos recientes o revisar la historia clínica del tomador. Si no cumple con esta carga, aplica la regla de conocimiento presuntivo y no podrá alegar la nulidad del contrato por reticencia. 2. Esta postura ha estado fundada en las siguientes tres premisas: (i) Los tomadores no suelen contar “con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”¹³⁸. (ii) La aseguradora es un profesional por lo que el estándar de diligencia exigible en la etapa precontractual debe ser particularmente exigente. Además, es quien “conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”¹³⁹ y, por lo tanto, quien puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”¹⁴⁰. (iii) El contrato de seguro es de adhesión lo que implica que el tomador de la póliza simplemente acepta los términos y condiciones plasmados por la aseguradora. De este modo, “siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele (...) irregularidades”¹⁴¹ en el diligenciamiento del cuestionario y la declaración de asegurabilidad.

¹³⁴ En esta providencia, la Sala de Casación Civil sostuvo que “si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, (...) mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro”. De manera que sugiere que de existir motivos de sospecha, la aseguradora se habría visto obligada a realizar averiguaciones adicionales.

¹³⁵ En esta sentencia de tutela, la Sala de Casación Laboral estimó que era razonable la interpretación del Tribunal de instancia conforme a la cual “en lo atinente a las críticas de la recurrente por la omisión en los exámenes médicos y revisión de la historia clínica del asegurado, se tiene que en ello no asiste una obligación legal que releve de la fiel declaración de su estado de salud y si bien se invocan precedentes de la Corte Constitucional al respecto, deben ser examinados en su contexto, siendo que en el sub judice, ante las contundentes constancias en el aludido documento, que tal como afirmó el A quo, es claro y preciso, al respecto, no existía rastro alguno que permitiera el menor asomo de duda sobre alguna contingencia que alterara el riesgo”. De manera que sugiere que la razón por la cual la obligación de realizar averiguaciones adicionales no era exigible, es porque no había motivos de sospecha. En caso contrario dicha obligación habría sido exigible.

¹³⁶ En esta providencia la Sala de Segunda declaró la improcedencia de la tutela. Sin embargo, sostuvo que para que el deber de realizar exámenes médicos al tomador “resulte exigible a las aseguradoras, es indispensable que en el cuestionario en el que se determinen las condiciones de asegurabilidad, el tomador manifieste en su declaración, ante una pregunta específica, que padece algún tipo de enfermedad (...). Por el contrario, si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia”.

¹³⁷ Ib.

¹³⁸ Corte Constitucional, sentencia T-379 de 2022.

¹³⁹ Corte Constitucional, sentencia T-316 de 2015.

¹⁴⁰ Corte Constitucional, sentencia T-658 de 2017.

¹⁴¹ Corte Suprema de Justicia, sentencia STL7955-2018 de 20 de junio de 2018, radicación 80083, M.P. Gerardo Botero Zuluaga y Corte Suprema de Justicia, sentencia STL3608-2019 de 27 de febrero de 2019, radicación 83059, M.P. Jorge Luis Quiroz Alemán.

	➤ Esta postura ha sido aplicada por: (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias STL7955-2018, STL3608-2019 y STL4077-2022 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015, T-658 de 2017 y T-379 de 2022 ¹⁴² de la Corte Constitucional.

58. La Sala Plena de la Corte Constitucional no ha expedido una sentencia de unificación en la cual haya definido el alcance del deber de diligencia de las aseguradoras en la constatación del estado del riesgo.

4.1.4. Las objeciones infundadas y arbitrarias al pago de las indemnizaciones de los seguros vulneran los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica y social

59. La Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia han considerado que las compañías aseguradoras vulneran los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores cuando, de forma infundada, objetan el pago de la indemnización pactada en seguros de vida o enfermedad a sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica o social¹⁴³. De un lado, vulneran el derecho al debido proceso si objetan el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no acreditan los elementos para su configuración (ver párr. 54 *supra*)¹⁴⁴. De otro, vulneran el derecho al mínimo vital en los casos en que el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas o de salud y, en consecuencia, la negativa injustificada al pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones mínimas de subsistencia¹⁴⁵.

60. Por su similitud con los casos que se examinan en esta oportunidad, la Sala resalta las sentencias T-316 de 2015, T-591 de 2017, T-658 de 2017, SC167-2023 y STC117-2023.

60.1. *Sentencia T-316 de 2015*. En esta sentencia la Sala Primera analizó dos casos relevantes para resolver el presente asunto:

¹⁴² En esta providencia la Sala Cuarta declaró improcedente la tutela. Sin embargo, consideró que corresponde a la aseguradora “corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad (...) este deber ‘no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías’ o con la simple imposición de un cuestionario predeterminado”.

¹⁴³ Corte Constitucional, sentencias T-316 de 2015, T-370 de 2015, T-670 de 2016, T-071 de 2017, T-591 de 2017 y T-658 de 2017.

¹⁴⁴ *Ib.*

¹⁴⁵ *Ib.*

- (i) Saúl Cáceres Mejía y Tulia Muñoz Ruiz presentaron acción de tutela contra Seguros de Vida Suramericana S. A., por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso, tras objetar el pago de la indemnización del contrato de seguro suscrito por su hija fallecida con esta compañía¹⁴⁶. La aseguradora argumentó que la tomadora incurrió en reticencia, porque omitió informar que tenía un tumor maligno antes de suscribir la póliza. La Sala Primera determinó que la aseguradora vulneró los derechos fundamentales de los accionantes, porque “se encontraba facultada para conocer la historia clínica de la paciente, por lo que pudo estar al tanto del estado de salud de la tomadora. Así mismo, aquella ha podido y debido corroborar el estado de salud declarado por la fallecida por medio de la práctica de exámenes médicos o la solicitud de unos recientes”, sin embargo, no lo hizo. En estos términos “omitó el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de la [tomadora], por lo que no puede ahora objetar el siniestro bajo el argumento de que [esta] incurrió en reticencia”. Por tanto, amparó los derechos fundamentales de los accionantes.
- (ii) Bertha María Vallejo Arteaga presentó acción de tutela contra Seguros Bolívar S. A. por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso, tras objetar el pago de la indemnización del contrato de seguro suscrito para amparar el riesgo de incapacidad total y permanente. A la tomadora le fue calificada una pérdida de capacidad laboral del 78%. Sin embargo, la aseguradora argumentó que el contrato era nulo, pues la tomadora omitió informar que, para la fecha de suscripción del contrato, ya le había sido diagnosticada “hernia discal c5-c6 con radiculopatía c5-c6-c8, TI bilateral, cervicalgia, síndrome de fibromialgias y trastorno mixto de ansiedad y depresión”. La Sala Primera determinó que Seguros Bolívar “se abstuvo de consultar la historia médica de la accionante”, a pesar de que en la declaración de asegurabilidad la tomadora le autorizó a hacerlo. En estos términos “pese a tener la posibilidad de conocer el estado de salud de la tutelante de forma oportuna, decidió esperar, y solo hasta que le fue conveniente procedió a verificar las condiciones vitales de la actora, lo cual constituye una vulneración de la carga de confirmación”. Por lo tanto, amparó los derechos fundamentales de la accionante.

¹⁴⁶ Expediente T-4712587.

- 60.2. *Sentencia T-591 de 2017*. Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz presentaron acción de tutela contra la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda, por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana por no hacer efectiva el seguro de vida suscrito por su padre¹⁴⁷. La aseguradora argumentó que el tomador incurrió en reticencia, porque en la declaración de asegurabilidad únicamente indicó que padecía de diabetes mellitus, pero no de hipertensión arterial. La aseguradora no practicó exámenes médicos. La Sala Cuarta determinó que la aseguradora vulneró los derechos fundamentales de las accionantes, porque omitió su deber de (i) “adelantar las investigaciones pertinentes para estudiar el nivel del riesgo” y (ii) tampoco consignó ninguna exclusión en el clausulado contractual. Estas obligaciones eran exigibles, habida cuenta de que el accionante, al presentar la declaración de asegurabilidad, informó que padecía diabetes mellitus. De manera que, si bien no especificó que sufría de hipertensión arterial, la aseguradora podía conocer ese hecho si hubiese practicado exámenes médicos o indagado en la historia clínica del paciente. Además, la aseguradora no probó la mala fe del asegurado, pues no demostró la relación entre la hipertensión arterial y el siniestro.
- 60.3. *Sentencia T-658 de 2017*. Luis Fernando López presentó acción de tutela en contra de Colmena Seguros S.A., por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al debido proceso, mínimo vital y vivienda digna al objetar el pago del seguro contratado. La aseguradora objetó el pago con fundamento en que, en la declaración de asegurabilidad, el tomador no informó que sufría de epilepsia desde los doce años y padecía de hipertensión arterial con anterioridad a la suscripción de la póliza. La Sala Tercera determinó que la aseguradora vulneró los derechos fundamentales del accionante, porque no demostró el nexo causal entre la epilepsia y la hipertensión (preexistencias) y la incapacidad total y permanente (siniestro). Al respecto, resaltó que el siniestro acaeció dado que al accionante le fue dictaminada una PCL del 51% fundada en la “disfunción de extremidad superior dominante”; “deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento y trastornos psicóticos y del humor”, con fecha de estructuración 5 años después de haber celebrado el contrato de seguro. Además, la aseguradora no tuvo en consideración que (i) se adelantaba un proceso ejecutivo sobre el inmueble habitaba junto con su familia y (ii) se encontraba en situación de vulnerabilidad, porque era de escasos ingresos económicos y padecía múltiples enfermedades.

¹⁴⁷ Expediente T-6.017.645. En esta sentencia la Sala Cuarta estudió cuatro expedientes acumulados, sin embargo, en el presente caso la Sala sólo hará referencia a este por su pertinencia.

- 60.4. *Sentencia SC167-2023*. La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia estudió el recurso de casación formulado por Seguros de Vida Suramericana S.A. en el caso de Jimmi Valencia Rentería quien suscribió contrato de seguro con esta compañía, mediante el cual se amparó el riesgo de muerte del tomador. El tomador falleció, por causa de una asfixia mecánica relacionada con su obesidad. La aseguradora se negó a pagar la indemnización, por considerar que el señor Valencia Rentería omitió declarar que padecía de diabetes mellitus, pese a que la aseguradora le preguntó expresamente si había sido diagnosticado con esta enfermedad en la declaración de asegurabilidad. La Sala Civil consideró que en ese caso “a pesar del ocultamiento, la aseguradora no actuó como un profesional diligente durante el trámite del aseguramiento, pues, en tal calidad podía y debía conocer la información callada por el asegurado”. Lo anterior, habida cuenta de que “sus funcionarios pudieron apreciar el estado de sobrepeso del entonces candidato a tomador”. La Sala explicó que si bien la apreciación del sobrepeso del tomador “no implicaba, para la aseguradora, el deber de diagnosticar de un vistazo (...) la diabetes mellitus, sí surgía la posibilidad de sospechar de la existencia de potenciales enfermedades, ya que la regla de la experiencia sugiere que las personas con sobrepeso suelen tener comorbilidades asociadas”. Por esta razón, la aseguradora tenía el deber de “haber disipado la sospecha, a través de la práctica de un examen médico, o de la solicitud de la historia clínica, [pues de haberlo hecho] hubiere arribado al conocimiento de las comorbilidades que el paciente dejó de declarar”. Por esta razón, la Sala decidió descartar el argumento propuesto por la aseguradora, según el cual no estaba obligada a practicar los referidos exámenes médicos y, en consecuencia, decidió no casar la sentencia del Tribunal de segunda instancia.
- 60.5. *Sentencia STC117-2023*. La Sala de Casación Civil resolvió una acción de tutela interpuesta por Yoladis Ruiz Mayorga por Positiva Compañía de Seguros S.A. La accionante suscribió contrato de seguro con esta compañía mediante el cual se amparó el riesgo de incapacidad total y permanente. La tomadora fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 100% por un diagnóstico de “disfonía, hipotiroidismo, trastorno de disco lumbar, trastorno depresivo frecuente y trombocitopenia primaria”. La aseguradora objetó el pago de la indemnización, por considerar que la tomadora fue reticente, pues omitió declarar que antes de suscribir el contrato ya había sido diagnosticada con *disfonía*. La Sala Civil descartó el argumento de la aseguradora, pues consideró que no existió mala fe por parte de la tomadora. Al respecto,

sostuvo que, tal como lo consideró el juez de primera instancia, “el formulario de solicitud de seguro, [preguntó] si el asegurado está dispuesto a realizarse un examen médico, a lo que la señora YORLADYS contestó afirmativamente, de tal suerte que si su intención era ocultar el estado real de su salud pues no resulta coherente que no se niegue a practicarse el examen médico que requiera la aseguradora”. La aseguradora, sin embargo, no realizó exámenes médicos. En estos términos, concluyó que “la aseguradora contó con la posibilidad de constatar el estado del riesgo informado por aquella y nada hizo al respecto”, por lo que no podía alegar la nulidad del contrato.

61. La siguiente tabla sintetiza las reglas que determinan en qué casos los tomadores de seguros incurren en reticencia y sus efectos:

La reticencia en el contrato de seguro	
1.	El inciso 1° del artículo 1058 del CCo. dispone 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 la aseguradora. En los contratos que tengan por objeto amparar un riesgo relacionado con la muerte, enfermedad o pérdida capacidad laboral, el tomador tiene la obligación de informar al asegurador sobre los diagnósticos o afecciones en salud de los que tenga conocimiento. Estos diagnósticos o afecciones en salud se denominan preexistencias.
2.	La reticencia es la declaración inexacta de las circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia que genera la nulidad del contrato tiene tres elementos o requisitos esenciales: (i) el tomador debe haber actuado de la mala fe, lo que ocurre cuando se prueba que conocía la preexistencia, pero no la informó para que la prima no se hiciera más onerosa o el asegurador no desistiera del contrato; (ii) las preexistencias deben ser relevantes o trascendentes y (iii) debe existir un nexo causal entre la preexistencia y el siniestro. La carga de la prueba de acreditar estos elementos corresponde a la aseguradora.
3.	El inciso 4° del artículo 1058 del CCo. dispone que no será nulo el contrato “si el asegurador, antes de celebrar[lo], ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”. En tales términos, la aseguradora tiene un deber de debida diligencia en la etapa precontractual para determinar el verdadero estado del riesgo. El incumplimiento de este deber hace presumir que la aseguradora conocía los vicios de la declaración y, en consecuencia, no puede alegar la nulidad por reticencia. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo de los vicios de la declaración.
4.	No obstante, el alcance y contenido del deber de diligencia que es exigible a la aseguradora para comprobar el estado de salud del tomador o beneficiario en los seguros de vida no ha sido delimitado de forma uniforme por la jurisprudencia constitucional y ordinaria. Existen tres posturas diferenciadas en la jurisprudencia ordinaria: (i) <i>Postura 1.</i> La aseguradora cumple con el deber de diligencia si, en la etapa precontractual, formula un cuestionario claro y preciso al tomador en el que se indaga por su estado de salud y las patologías que padece. La aseguradora no está obligada a verificar la veracidad de declaración de asegurabilidad y de las respuestas al cuestionario a través de, por ejemplo, exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador. (ii) <i>Postura 2.</i> El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constatare la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, 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 estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario. (iii) <i>Postura 3.</i> El deber de diligencia no se satisface con la formulación de un cuestionario y la declaración de asegurabilidad. En todos los casos, la aseguradora tiene la carga de realizar labores adicionales para constatar

el estado del riesgo, tales como realizar exámenes médicos, solicitar diagnósticos recientes o revisar la historia clínica del tomador. Si no cumple con esta carga, aplica la regla de conocimiento presuntivo y no podrá alegar la nulidad del contrato por reticencia.

5. La Corte Constitucional ha sostenido que las aseguradoras vulneran (i) el derecho fundamental al debido proceso de los tomadores cuando niegan el pago de los seguros de vida de manera infundada, lo que ocurre cuando objetan el pago de la póliza con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no demuestran la mala fe, la trascendencia de la preexistencia o el nexo entre ésta y el siniestro. Asimismo, (ii) ha indicado que violan el derecho fundamental al mínimo vital, cuando el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas o de salud y la falta de pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones de subsistencia mínimas.

5. Caso concreto

62. En esta sección, la Sala resolverá los casos concretos, para lo cual examinará de forma independiente cada una de las solicitudes de tutela. En cada aparte, la Sala resumirá las posiciones de las partes, planteará el problema jurídico y estudiará si la aseguradora violó los derechos fundamentales de los accionantes al objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro.

63. Como se expuso en la sección precedente, en la jurisprudencia existen tres posturas sobre el alcance y contenido del deber de diligencia que es exigible a la aseguradora para comprobar el estado de salud del tomador o beneficiario en los seguros de vida. La Sala Séptima reconoce la razonabilidad de las tres posturas. Sin embargo, la Sala considera que, para resolver el caso concreto, corresponde aplicar la **postura 2**. Esto, por dos razones:

63.1. Primero, en criterio de la Sala Séptima esta es la postura que mejor armoniza las obligaciones de las partes del contrato de seguro en la etapa precontractual y no impone cargas desproporcionadas e irrazonables a ninguna de ellas. Esto, porque, a diferencia de la postura 3, no deja sin efectos la obligación del tomador de declarar sinceramente las preexistencias, la cual está fundada en el principio de la buena fe. Por el contrario, reafirma que, durante la etapa precontractual, tanto el tomador como la aseguradora debe comportarse con lealtad y probidad. Al mismo tiempo, en contraste con la postura 3, resalta que las aseguradoras son profesionales del sector financiero y asegurador, lo que implica que tienen un deber de diligencia más exigente en la etapa precontractual, encaminado a comprobar la veracidad de la declaración de asegurabilidad. Asimismo, reconoce que (i) los contratos de seguro de vida suelen ser de adhesión, (ii) los tomadores suelen ser consumidores y son la parte débil de la relación contractual y (iii) las aseguradoras pueden constatar la declaración de asegurabilidad mediante la revisión de la historia clínica o

la realización de exámenes médicos. Este deber de comprobación no es desproporcionado, porque, conforme a lo explicado, sólo es aplicable cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone a la aseguradora 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.

- 63.2. Segundo, la postura 2 refleja la actual jurisprudencia en vigor de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, que es el tribunal de cierre de la jurisdicción ordinaria, juez natural de las controversias suscitadas en torno al contrato de seguro. En efecto, esta postura fue aplicada recientemente en las sentencias SC167-2023 y STL588-2023. En criterio de la Sala de Revisión, habida cuenta de la razonabilidad de esta postura y del principio de especialidad, el juez de tutela debe ser deferente con el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria.

5.1. Expediente T-9.508.029. Acción de tutela presentada por Jorge Luis Torres Hernández y otros en contra de Seguros Bolívar S.A.

(i) Posiciones de las partes y problema jurídico

64. Jorge Luis Torres Hernández y los demás accionantes consideran que Seguros Bolívar vulneró sus derechos al debido proceso y al mínimo vital, al objetar el pago del crédito No. 3509 adquirido por su padre (tomador). Argumentan que la aseguradora no realizó exámenes médicos ni verificó el estado de salud del tomador en su historia clínica y tampoco demostró que este hubiese obrado de mala fe. La aseguradora, por su parte, alegó que el tomador fue reticente, porque negó sufrir de una serie de enfermedades por las que esta le preguntó explícitamente y cuyo diagnóstico fue conocido por el tomador más de un año antes de contratar el seguro. En primera y segunda instancia, los jueces de tutela declararon improcedente el amparo por considerar que la solicitud no superaba el requisito de subsidiariedad, dado que los accionantes contaban con medios judiciales ordinarios idóneos y eficaces para ventilar su pretensión.

65. En tales términos, la Sala debe resolver el siguiente problema jurídico:

¿Seguros Bolívar S.A. vulneró los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández al negarse a pagar el crédito No. 3509, bajo el

argumento de que su difunto padre había, presuntamente, incurrido en reticencia?

(ii) Análisis de la Sala

66. La Sala considera que la negativa de Seguros Bolívar a pagar la indemnización pactada en la póliza fue arbitraria y vulneró los derechos al debido proceso y mínimo vital de Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández, al objetar el pago de la indemnización pactada en la póliza. Esto, por las siguientes tres razones:

67. Primero. La aseguradora no probó la mala fe del tomador. La Sala reconoce que en la declaración de asegurabilidad suscrita el 24 de febrero de 2021, el tomador negó haber sufrido o haber sido diagnosticado con enfermedad alguna. Sin embargo, autorizó de forma expresa a Seguros Bolívar S.A. para “tener acceso a [su] historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que [le] haya atendido”¹⁴⁸. Precisó que dicha autorización quedaría vigente aún después de su fallecimiento. La Sala considera que si la intención del señor Torres Martínez hubiese sido ocultar de forma fraudulenta sus condiciones de salud, no habría otorgado dicha autorización o se habría opuesto a que la aseguradora realizara averiguaciones adicionales. En estos términos, en el presente caso, la autorización de acceso a la historia clínica desvirtúa la mala fe. Así lo ha considerado la Corte Suprema de Justicia en los casos en que estos han autorizado expresamente acceder a su historia clínica¹⁴⁹ o han consentido someterse a los exámenes médicos solicitados por la aseguradora¹⁵⁰.

68. Segundo. La Sala encuentra que la aseguradora no cumplió con el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de la declaración de asegurabilidad, por lo que es aplicable la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo. En criterio de la Sala, este deber era exigible en el presente caso y la aseguradora no podía conformarse, exclusivamente, con la declaración

¹⁴⁸ Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 50.

¹⁴⁹ Corte Suprema de Justicia, sentencia STL15751-2021 de 17 de noviembre de 2021, radicación 95579, M.P. Fernando Castillo Cadena y Corte Suprema de Justicia, sentencia STC13819-2021 de 15 de octubre de 2021, radicación 11001-02-03-000-2021-03410-00, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

¹⁵⁰ Corte Suprema de Justicia, sentencia STC117-2023 de 18 de enero de 2023, radicación: 20001-22-14-001-2022-00262-01, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo

de asegurabilidad para calificar el estado del riesgo. Esto, por las siguientes dos razones:

68.1. Cuando la declaración de asegurabilidad fue suscrita, el país estaba saliendo del segundo pico de fallecimientos por contagio de Covid-19 y se preparaba para el tercero y más fuerte¹⁵¹. Era un hecho de público conocimiento que las enfermedades cardiovasculares, hepáticas crónicas, la obesidad y la hipertensión eran comorbilidades que incrementaban el riesgo de muerte por Covid-19¹⁵². El tomador había sido diagnosticado con este tipo de padecimientos. En criterio de la Sala, en el contexto de una pandemia por Covid-19, era exigible que la aseguradora desarrollara actuaciones adicionales tendientes a investigar por el verdadero estado de salud del tomador, habida cuenta de que estaba amparando el riesgo por muerte. Este es el mínimo de diligencia que se espera de un profesional en el marco de una pandemia sin precedentes.

68.2. La aseguradora tenía acceso a la historia clínica del tomador y, sin embargo, no la revisó sin exponer ninguna justificación. De haberlo hecho, habría advertido los padecimientos que a la fecha habían sido diagnosticados al tomador. En efecto, la historia clínica evidencia que el señor Torres Martínez padecía de “enfermedad de Hansen” (Lepra)¹⁵³, “enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca”¹⁵⁴, “obesidad debida a exceso de calorías”¹⁵⁵ y “hepatitis aguda tipo b”¹⁵⁶.

69. Tercero. La aseguradora ignoró que los accionantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad por razones económicas y de salud. En efecto, (i) Elsa Sofía Hernández se encuentra en el grupo “C11: vulnerable” en el Sisbén IV y padece de hipertensión arterial y artrosis degenerativa; (ii) Jorge Luis Torres Hernández se encuentra en el grupo “B7: pobreza moderada” de la clasificación en el Sisbén IV y padece de secuelas en su salud como consecuencia del contagio de Covid 19; (iii) Diana Luz Torres Hernández se encuentra en el grupo “A4:

¹⁵¹ Al respecto, ver la gráfica acumulada del reporte de fallecimientos por Covid-19 del Instituto Nacional de Salud de Colombia, disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

¹⁵² Organización Mundial de la Salud, COVID-19 and NCDs, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/covid-19-and-ncds---final---corr7.pdf>; Organización Mundial de la Salud, WHO working group on COVID-19 and NCDs, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-covid-19/covid-19---bente---cswg---4-may-2020---final.pdf?sfvrsn=633ef7d6_2&download=true y Organización Panamericana de la Salud, COVID-19 y comorbilidades – AMÉRICAS, 2020. Disponible en: https://www.paho.org/es/file/69417/download?token=_9T3Rxwn.

¹⁵³ Contestación de Seguros Bolívar a la tutela del exp. T-9.508.029, p. 55.

¹⁵⁴ Ib., p. 56.

¹⁵⁵ Ib.

¹⁵⁶ Ib.

pobreza extrema” en el Sisbén IV. Su esposo se encuentra desempleado y tiene cuatro hijos -uno de los cuales se encuentra en condición de discapacidad- y, por último, (iv) Eider Torres Hernández devenga un salario mínimo mensual y tiene a cargo a sus tres hijos. Además, algunos de los accionantes residen en una casa que era propiedad de su difunto padre y que se encuentra hipotecada al Banco como garantía del crédito que la aseguradora se rehúsa a pagar. En estos términos, la negativa de la aseguradora a pagar la indemnización del seguro para cubrir la obligación crediticia pone en riesgo el derecho fundamental al mínimo vital de los accionantes.

70. **Conclusión.** En síntesis, la Sala concluye que en el presente caso no se demostró el elemento subjetivo de la reticencia y, además, operó la regla de conocimiento presuntivo. Por esta razón, la objeción al pago de la indemnización constituyó una actuación arbitraria que vulneró el derecho al debido proceso de los accionantes. Además, la aseguradora ignoró la condición de especial vulnerabilidad socioeconómica en que se encuentran los accionantes, con lo que puso en riesgo el derecho al mínimo vital.

(iii) Órdenes y remedios

71. Con fundamento en las anteriores consideraciones, la Sala dispondrá:

- 71.1. Revocar la sentencia de 11 de mayo de 2023 proferida por el Juzgado Único Promiscuo de Familia de Fundación (Magdalena), que confirmó la providencia de 24 de marzo de 2023 del Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena), mediante la cual se declaró improcedente el amparo. En su lugar, concederá el amparo definitivo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes.
- 71.2. Ordenará a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 06823256700113509 adquirido por Federman Eligio Torres Martínez y (ii) en lo sucesivo, se abstenga de objetar el pago de la indemnización pactada en seguros de vida con fundamento en la reticencia del tomador, a pesar de no haber cumplido con el deber de diligencia en la comprobación del estado del riesgo, y sin antes acreditar la mala fe de los tomadores.

5.2. Expediente T-9.528.456. Acción de tutela presentada por Jesús Hernando Torres en contra de Seguros Bolívar S.A, Banco Davivienda S.A y EMSSSANAR EPS

(i) Posiciones de las partes y problema jurídico

72. Jesús Hernando Torres considera que Seguros Bolívar y el Banco Davivienda vulneraron sus derechos al debido proceso y al mínimo vital, al objetar el pago del crédito No. 4026, que fue asegurado mediante la póliza que suscribió con la aseguradora. Manifiesta que la negativa de la aseguradora es arbitraria, porque se funda en que el accionante no informó acerca de una condición de salud que en nada se relacionaba con la ocurrencia del siniestro. Por su parte, la aseguradora sostiene que el tomador fue reticente, porque omitió manifestar en la declaración de asegurabilidad que padecía de hipoacusia neurosensitiva bilateral con uso de audífonos. El juez de tutela de única instancia declaró improcedente el amparo por considerar que la solicitud incumplía el requisito de subsidiariedad, dado que el accionante podía plantear su pretensión ante la jurisdicción ordinaria.

73. En este sentido, la Sala debe resolver el siguiente problema jurídico:

¿Seguros Bolívar S.A. vulneró los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de Jesús Hernando Torres al negarse a pagar el crédito No. 4026, bajo el argumento de que el tomador incurrió en reticencia lo que produjo la nulidad del contrato?

(ii) Análisis de la Sala

74. La Sala considera que Seguros Bolívar vulneró los derechos al debido proceso y al mínimo vital de Jesús Hernando Torres, porque negó el pago de la póliza de seguro de forma infundada. Lo anterior, en tanto no probó la mala fe del tomador y el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro. Además, ignoró que el accionante se encontraba en situación de vulnerabilidad por lo que el no pago de la indemnización pactada ponía en riesgo su mínimo vital.

75. Primero. La aseguradora no acreditó la mala fe *-elemento subjetivo-* del tomador. La declaración de asegurabilidad suscrita el 12 de julio de 2017, es un formato en el que el tomador únicamente diligenció sus datos personales. En esta se encuentran una serie de cláusulas que únicamente demuestran que el tomador declaró que: “1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad

crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud (...) 2. No sufro actualmente de dolencias (...), 3. No me he sometido ni me han programado procedimientos o intervenciones quirúrgicas (...) 4. en la actualidad no sufro síntomas (...) 5. No tengo limitación física o mental alguna”¹⁵⁷. La Sala encuentra que estas cláusulas son excesivamente genéricas -no claras y precisas como lo exige la jurisprudencia- y no dan lugar a que el tomador precise si padece solo alguna de las enfermedades enlistadas o una que no se encuentra allí, como es el caso del accionante. En estos términos, la aseguradora no preguntó al accionante si tenía algún diagnóstico distinto a los enlistados y, en particular, no cuestionó si padecía hipoacusia o usaba audífonos para la pérdida auditiva. En las numerosas reclamaciones presentadas por el accionante a la aseguradora este manifestó que no indicó que usaba los señalados audífonos, porque consideró que “carecía de relevancia para solicitar el crédito”¹⁵⁸.

76. Segundo. Seguros Bolívar no probó que la preexistencia que no fue informada fuera transcendente o relevante, en los términos de la jurisprudencia constitucional. En efecto, la aseguradora no expuso ningún argumento que permita concluir que, de haber conocido el diagnóstico de hipoacusia bilateral neurosensitiva, (i) no hubiere suscrito la póliza o (ii) la prima hubiere sido más alta.

77. Tercero. Seguros Bolívar no demostró el nexo causal entre la preexistencia y el siniestro. En efecto, la aseguradora no aportó ningún elemento de prueba que razonablemente permita concluir que la hipoacusia del accionante tuvo algún nexo causal con el accidente cerebrovascular (ACV) que generó la pérdida total de la visión y la consecuente pérdida de capacidad laboral. Por lo demás, la Sala advierte que la información que está consignada en la historia clínica no permite inferir, si quiera *prima facie*, la existencia de dicho nexo.

78. Cuarto. La aseguradora ignoró que el tomador se encuentra en una situación de vulnerabilidad, lo que implica que el no pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro podía poner en riesgo sus derechos. En particular, la Sala resalta que el señor Jesús Hernando Torres (i) es un adulto mayor, (ii) perdió por completo la visión de ambos ojos, (iii) no tiene una red de apoyo familiar, (iv) se le dictaminó una PCL del 72.9% y (v) su único ingreso es su pensión de invalidez por \$1.160.000 mensuales.

¹⁵⁷ Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 23 de noviembre de 2023, 27 de noviembre de 2023, p. 236.

¹⁵⁸ Respuesta del accionante del exp. T-9.528.456 al auto de pruebas de 20 de octubre de 2023, 31 de octubre de 2023, p. 245.

79. **Conclusión.** En este orden de ideas, la Sala concluye que Seguros Bolívar desconoció los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital del accionante, como quiera que no demostró la mala fe del tomador, pues si bien el accionante conocía de su diagnóstico al momento de adquirir la póliza, no se acreditó que la aseguradora hubiera preguntado por dicha enfermedad, ni que el accionante lo hubiese ocultado con el objeto de que la prima no se hiciera más onerosa o que la aseguradora desistiera del contrato. Así mismo, la aseguradora no probó el no demostró que la preexistencia fuera determinante para brindar su consentimiento, y tampoco que la hipoacusia tuviera algún nexo de causalidad con el ACV que le generó la ceguera total, así como la posterior PCL. Además, la aseguradora omitió que el tomador se encontraba en circunstancias de debilidad manifiesta, de manera que la objeción de pago de la póliza ponía en riesgo su mínimo vital.

(iii) Órdenes y remedios

80. Con fundamento en las anteriores consideraciones, la Sala adoptará los siguientes remedios y ordenes:

- 80.1. Revocará la sentencia de 1 de febrero de 2023 proferida por el Juzgado Cuarto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Pasto que declaró improcedente la solicitud de tutela. En su lugar, concederá el amparo definitivo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital del accionante.
- 80.2. Ordenará a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 05910106001124026 adquirido por Jesús Hernando Torres y (ii) en lo sucesivo, se abstenga de objetar el pago de la indemnización pactada en seguros de vida con fundamento en la reticencia del tomador, a pesar de no haber cumplido con el deber de diligencia en la comprobación del estado del riesgo, y sin antes acreditar la mala fe de los tomadores.

III. SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

81. *Las acciones de tutela.* La Sala revisó las sentencias dictadas en el trámite de las acciones de tutela acumuladas (expedientes T-9.508.029 y T-9.528.456) presentadas por Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández, de un lado, y

Jesús Hernando Torres, de otro, en contra de Seguros Bolívar S.A. y el Banco Davivienda. Los accionantes argumentaban que la aseguradora vulneró sus derechos fundamentales al debido proceso y mínimo vital, al negarse a pagar las indemnizaciones de los seguros de vida contratados para garantizar el pago de los créditos adquiridos con el Banco Davivienda, bajo el argumento de que el contrato era nulo, porque los tomadores incurrieron en reticencia.

82. *Decisión de la Sala.* La Sala consideró que en el expediente T-9.508.029 Seguros Bolívar vulneró los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes, debido a que la aseguradora no demostró el elemento subjetivo de la reticencia y, además, operó la regla de conocimiento presuntivo. Por esta razón, la objeción al pago de la indemnización constituyó una actuación arbitraria que vulneró el derecho al debido proceso de los accionantes. Además, la aseguradora ignoró la condición de especial vulnerabilidad socioeconómica en que se encuentran los accionantes, con lo que afectó su derecho al mínimo vital.

83. De otro lado, en el expediente T-9.528.456, la Sala concluyó que Seguros Bolívar vulneró los derechos al debido proceso y al mínimo vital de Jesús Hernando Torres, porque negó el pago de la póliza de seguro de forma infundada. Lo anterior, en tanto no probó que la reticencia generara la nulidad del contrato, pues omitió demostrar que la preexistencia fuera determinante y el nexo entre esta y el siniestro. Además, no tomó en consideración la situación de especial vulnerabilidad del accionante.

84. *Órdenes y remedios.* En el expediente T-9.508.029, la Sala revocó los fallos de instancia y concedió el amparo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes. Además, ordenó a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 06823256700113509 adquirido por Federman Eligio Torres Martínez y (ii) en lo sucesivo, se abstenga de objetar el pago de la indemnización pactada en seguros de vida con fundamento en la reticencia del tomador, a pesar de no haber cumplido con el deber de diligencia en la comprobación del estado del riesgo, y sin antes acreditar la mala fe de los tomadores. Por su parte, en el expediente T-9.528.456, la Sala revocó el fallo de instancia y concedió el amparo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital. Para subsanar dicha violación a los derechos fundamentales, ordenó a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 05910106001124026 adquirido por Jesús Hernando Torres y (ii) reiteró la misma advertencia hecha en el otro caso.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional,

RESUELVE

PRIMERO. En el expediente T-9.508.029, **REVOCAR** la sentencia proferida el 11 de mayo de 2023 proferida por el Juzgado Único Promiscuo de Familia de Fundación (Magdalena), que confirmó la providencia de 24 de marzo de 2023 del Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena) que declaró improcedente la acción de tutela interpuesta por Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández. En su lugar, **AMPARAR** los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital. En consecuencia, **ORDENAR** a Seguros Bolívar que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 06823256700113509 adquirido por Federman Eligio Torres Martínez.

SEGUNDO. En el expediente T-9.528.456, **REVOCAR** la sentencia proferida el 1 de febrero de 2023 por el Juzgado Cuarto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Pasto que declaró improcedente la solicitud de tutela interpuesta por Jesús Hernando Torres. En su lugar, **AMPARAR** los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital. En consecuencia, **ORDENAR** a Seguros Bolívar que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 05910106001124026 adquirido por Jesús Hernando Torres.

TERCERO. ORDENAR a Seguros Bolívar que, en lo sucesivo, se abstenga de objetar el pago de la indemnización pactada en seguros de vida con fundamento en la nulidad del contrato por reticencia, cuando (i) la mala fe del tomador no está comprobada y (ii) la aseguradora no cumplió con el deber de diligencia en la comprobación del estado del riesgo.

CUARTO. DECLARAR la falta de legitimación en la causa por pasiva y, en consecuencia, **DESVINCULAR** a EMSSANAR EPS, la Superintendencia Financiera y Colpensiones del presente asunto.

QUINTO. Por Secretaría General, líbrense las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

Comuníquese y cúmplase.

PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA
Magistrada

CRISTINA PARDO SCHLESINGER
Magistrada

JOSE FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ
Secretaria General

**Por República de Colombia
Rama Judicial**



**TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, D. C.
SALA CIVIL DE DECISIÓN**

Bogotá D.C., primero (01) de junio de dos mil veintitrés (2023)

MAGISTRADO PONENTE : **JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO**
RADICACIÓN : **11001-31-03-015-2018-00127-01**
PROCESO : **VERBAL**
DEMANDANTE : **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S. A.**
DEMANDADO : **ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELÁSQUEZ**
ASUNTO : **IMPUGNACIÓN SENTENCIA**

De conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, decide el Tribunal el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, frente a la sentencia proferida el 30 de marzo de 2022, por el Juzgado Quince Civil Circuito de Bogotá, en el asunto del epígrafe.

I. ANTECEDENTES

1. En el libelo incoativo, el extremo demandante solicitó declarar **i)** “que entre ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELASQUEZ, quien es el Asegurador, se celebró un contrato de Seguro de Salud Allianz Medical Gold, plasmado en la póliza N° 021542602/0, con vigencia del 28 de abril de 2014 al 30 de abril de 2015”; **ii)** “que entre el señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELASQUEZ, quien es el Tomador-Asegurado, y Allianz Seguros de Vida S.A., quien es el Asegurador, se celebró un contrato de Seguro de Salud Allianz Medical Gold, plasmado en la póliza N° 022099901/0, con vigencia del 1 de junio del 2017 al 31 de mayo del 2018”; **iii)** “la reticencia en que incurrió el señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELASQUEZ, quien al momento de asegurarse incumplió con su obligación legal consagrada en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, al no declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo según el formulario que le fue propuesto por el asegurador tal y como lo exige la norma citada”; **iv)** “la NULIDAD RELATIVA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO,

contenidos en la Póliza de Salud Allianz MedicAll Gold, N° 021542602/0 y en la Póliza de Salud Allianz MedicAll Gold, N° 022099901/0".

Para sustentar fácticamente las aspiraciones elevadas, puso de presente, en esencia, que, Alejandro Antonio Castrillón Velásquez, en calidad de tomador y/o asegurado, celebró con la demandante dos contratos de seguro de salud denominados "Allianz MedicAll Gold", según consta en las pólizas Nos. 021542602/0 y 022099901/0; teniendo la primera una vigencia comprendida desde el 28 de abril de 2014 al 30 de abril de 2015, y la segunda entre el 1 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2018.

Historió que el demandado diligenció y suscribió *"la solicitud seguro de salud – Allianz MedicAll Gold, para la póliza N° 021542602/0, y en el acápite '7. Enfermedades', donde se le pregunta ¿Padece o ha padecido o le han diagnosticado (aun cuando su enfermedad ya está controlada) las siguientes enfermedades? Responda SI (S) o NO (N) en la casilla de acuerdo al solicitante', diligenció para TODAS las enfermedades del solicitante (...) el cuadro del NO. En este mismo numeral, y también dentro de Antecedentes de Importancia me permito destacar, que expresamente indico que NO a la pregunta '¿Ha sufrido o sufre de otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales'. En síntesis, manifestó no padecer de ninguna enfermedad al momento de suscribir la Solicitud de Seguro Individual"*.

Contó que la misma situación se presentó cuando el señor Castrillón Velásquez firmó *"el 30 de mayo de 2017, la solicitud Seguro de Salud – Allianz MedicAll Gold, para la Póliza N°022099901/0"*, pero, en esta oportunidad manifestó, en el acápite de *"Antecedentes de Importancia para Tratamiento/Cirugía"*, que se le había realizado el procedimiento de *"Septorrinoplastia"*, sin hacer mención al padecimiento de *"otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente"*.

Comentó que, *"dentro de sus procesos de convalidación de la continuidad y preexistencias de los asegurados, solicitó a la Compañía de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., la Carta de Antigüedad y preexistencia del señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN, compañía que hizo*

llegar el documento solicitado con fecha Octubre 11 de de 2017 (...) en la que se verifican las preexistencias que se tienen en dicha compañía y de la cual nos permitimos extraer la parte pertinente:"

"PREEXISTENCIAS

Nombre

ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ

Descripción

Otros Trastornos Especificados de La Nariz Y De los Senos Paranasales, relacionados Con El Uso de Tabaco, Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (Vih), sin Otra Especificación, Gota, No Especificada."

Señaló que el demandado conocía de "su enfermedad por Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), por cuanto así lo declaró, cuando fue atendido en Urgencias en la Clínica La Colina, el 27 de marzo de 2017, al preguntársele por sus antecedentes indicó: 'HIV + DESDE HACE DOS AÑOS' tal y como consta en la Historia Clínica, que se adjunta (...). Además de la historia clínica es importante destacar que en ella aparecen los antecedentes informados a la Dr(a) Niebles Coronel Martha, lo siguiente 'RELACIONES DE RIESGO OCASIONALES, HIV + DESDE HACE DOS AÑOS, SUSPENDIÓ ANTIRRETROVIRALES DESDE HACE UN AÑO NO TIENE SEGUIMIENTO MÉDICO"

2. Por auto del 3 de junio de 2021, se tuvo por notificado "al demandado ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELÁSQUEZ del auto admisorio de la demanda, en la forma prevista por el artículo 8º del decreto 806 de 2020, quien guardó silencio".

II. LA SENTENCIA APELADA

Agotada la ritualidad correspondiente, el juzgador de primera instancia desestimó el *petitum* de la compañía demandante, con fundamento en las siguientes consideraciones:

"Delanteramente se precisa que en el sub-lite no existe cuestionamiento alguno en cuanto a la celebración del contrato; el tema de discrepancia lo constituye la presencia de una injustificada reticencia por haber

incumplido su obligación legal de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, omisión que contaminó al negocio por nulidad relativa.

Procede el despacho a analizar el material probatorio aportado con la demanda con el fin de determinar ese propósito si en verdad, como lo afirma el demandante '...el señor ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ, al momento de asegurarse incumplió con su obligación legal consagrada en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, al no declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el formulario que le fue propuesto por el asegurador tal y como lo exige la norma citada...', es decir, fue reticente al momento de diligenciar y suscribir las solicitudes de Seguro de Salud – Allianz MedicAll Gold el 30 de mayo para las Pólizas N° 021542602/0 y 022099901, ya que '...en el acápite '7. Enfermedades', donde se le pregunta ¿Padece o ha padeció o le han diagnosticado (aun cuando su enfermedad ya está controlada) las siguientes enfermedades? Responda SI(S) o NO(N) en la casilla de acuerdo al solicitante', diligenció para TODAS las enfermedades del solicitante ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLÓN VELÁSQUEZ el cuadro del NO. En este mismo numeral, y también dentro de Antecedentes de Importancia me permito destacar, que expresamente indicó que NO a la pregunta '¿Ha sufrido o sufre de otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales...'.

Se ha traído con la demanda como prueba documental: a) Copia de la historia clínica No. 4897000 del demandado, b) Certificación expedida por Mapfre Colombia Vida Seguros, c) Copia de las condiciones del Contrato de Salud Allianz MedicAll Gold, [pólizas Nos.] 021542602/03 (...) [y] 022099901/0, e) Copia de la solicitud de Seguro de Salud-Allianz MedicAll Gold, para la póliza No. 0211542602/0 y f) Copia de la solicitud de seguro de Salud-Allianz MedicAll Gold, para la póliza No. 021542602/0.

De este exiguo material probatorio en verdad no se puede establecer que el actuar del tomador haya sido de MALA FE, con dicha documentación, solo se puede establecer que al momento de la suscripción de la póliza o contrato de seguro, el tomador tenía algunas preexistencias, que no pueden [ser] alegadas como causal de reticencia, o como fundamento para abstenerse de pagar la reclamación, y para obtener la nulidad relativa del

contrato de seguro. Pero que además debe resaltarse, también que es a partir del momento de la suscripción de la misma, la aseguradora acredita la absoluta falla en la que incurre la misma, al no realizar exámenes médicos en orden a determinar la veracidad de la información, sino también de establecer el estado de salud de una persona, para el momento de la suscripción del contrato o póliza.

Con lo anterior 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.

(...)

El principio de buena fe se presume en el contrato, sin embargo, la mala fe debe ser probada, por lo que en el caso particular la parte demandante no la estableció, dicho de otra manera no existe prueba que pueda establecer que la declaración plasmada en el Formato Único, no es sincera respecto a los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, para poder declarar la nulidad relativa del contrato.

Corolario de lo expuesto y dado que la demandante no probó que el tomador no realizó una manifestación sincera de los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo en el Formato Único de conocimiento del cliente para el momento de la suscripción; se impone, llana implementación del principio de la carga de la prueba, que señala al funcionario el sentido de su decisión cuando el interesado en la aplicación de una norma no demuestra la materialización del supuesto de hecho del texto legal que le favorece (...)".

Finalmente, indicó que "si bien es cierto, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 5º del Art. 373 del C.G. del P., en la audiencia llevada a cabo el 10 de febrero de 2022 se anunció como sentido del fallo que se accedería a las pretensiones de la demanda, no lo es menor, que luego de efectuarse el análisis de índole legal y probatorio en este asunto, se arribó a la decisión de negar las pretensiones", y, de otro lado, expuso que "el demandado no contestó la demanda conducta que de conformidad con lo previsto en el art. 97 del C.G.P., hace presumir ciertos los hechos

susceptibles de confesión contenidos en la demanda, empero, del análisis de índole legal efectuado en este asunto, se concluye que no basta con identificar un hecho preexistente para afirmar la existencia de la reticencia, debiendo la aseguradora demostrar la mala fe del suscriptor, lo que en el presente asunto, no ocurrió, siendo esta la razón por la cual existe variación entre lo anunciado en sede de audiencia y lo decidido en este fallo escrito”.

III. LA APELACIÓN

1. Inconforme con tal determinación, el mandatario judicial del extremo activo, en la oportunidad de que trata el inciso 2º de la regla 3ª del artículo 322 del C. G. del P., exteriorizó los siguientes reparos concretos, que fueron sustentados conforme al artículo 12 de la Ley 2213 de 2022:

En primer lugar, indicó que *“la reticencia se probó dentro del proceso de una manera muy sencilla, esto es, comparando las declaraciones del Tomador-Asegurado al diligenciar las dos solicitudes de seguro, de las cuales se destaca que en la primera manifestó no padecer nada y en la segunda, la del 30 de mayo de **2017**, solo reconoció una septorrinoplastía, y no padecer de nada más, contra la carta de antigüedad de Mapfre y la Historia Clínica de la Clínica la Colina, en donde se observa que el asegurado padecía de V.I.H. desde el **año 2015**, incluso tomó medicamentos retrovirales para su tratamiento y expresamente lo ocultó, contestando en forma negativa entre otras preguntas a la de ¿Ha sufrido o sufre otros síntomas, antecedentes o enfermedades no citadas anteriormente? Por favor describa cuales, indicó que NO.*

Entonces, quedó probada la reticencia por cuanto el asegurado no cumplió con su obligación legal de declarar sinceramente su estado de salud, al abstenerse de informar al asegurador de su enfermedad de V.I.H., no obstante estar probado que en ese momento ya era conocedor de padecer de S.I.D.A. Por lo tanto, procede la sanción legal de la nulidad relativa, como consecuencia de la reticencia”.

A continuación, reiteró que con la *“Historia Clínica del Tomador – Asegurado, se prueba que él, no solo padecía del V.I.H, sino que conocía de*

su enfermedad, mucho tiempo antes de la firma de las solicitudes de seguro; y al diligenciar estos documentos se guardó esa información vital y relevante sobre su real estado de salud, no solo no la compartió sino que negó padecer de otros síntomas, antecedentes o enfermedades, con lo cual incumplió su obligación legal consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, incumplimiento que produce la sanción legal de la nulidad relativa del contrato de seguro. Y es aquí, en donde tiene cabal aplicación el principio de la buena fe en el contrato de seguro, por cuanto le obliga al Tomador-Asegurado, cumplir con su obligación de información verás ante su contraparte, que es el asegurador, obra de buena fe quien suministrar la información necesaria a la contraparte para la celebración del contrato; y el demandado, al ocultar y negar la información de su salud no obró de buena fe".

Luego, explicó que "el fallo recurrido además de ser contraevidente, contiene un grave error en la aplicación de la ley, por cuanto el artículo 1158 del Código de Comercio, expresamente consagra que: '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.' Y, no obstante, la facultad expresa otorgada por el legislador mercantil al asegurador de poder prescindir del examen médico, el Señor Juez, deriva de aquí unas conclusiones totalmente erradas; pues como aparece en el acápite transcrito con anterioridad, él acredita al asegurador una absoluta falla en su actuar, por no realizar exámenes médicos para revisar la veracidad de la información y establecer el estado de salud de la persona al momento de la suscripción del contrato de seguro; y aún más, él entiende que por ello debe entenderse una manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo, cualquiera que sea la probabilidad del daño que gravite sobre el interés asegurado. Y nada más contrario a la realidad que esta afirmación.

Ahora, nótese de este artículo, transcrito en el párrafo anterior, que se plasmó expresamente una conducta en cabeza del asegurado, cuando el asegurador prescinde del examen médico, también aquí, el asegurado deberá cumplir con las obligaciones que le establece el artículo 1058 del mismo ordenamiento, y su incumplimiento lo hará merecedor a las sanciones allí establecidas, entre otras, la nulidad relativa."

Concluyó que *“quien no obra de buena fe, entonces obra de mala fe; y en este caso, quedó claramente demostrado la total ausencia de buena fe en el demandado, cuando al comparar las solicitudes de seguro con la Historia Clínica, se demostró que no obstante el Tomador – Asegurado padecer y conocer de su enfermedad, V.I.H., desde una fecha anterior a la suscripción del contrato de seguro, no solo guardó silencio sino que negó padecer de otras enfermedades. Entonces, como bien se cita en la sentencia en el contrato de seguro se exige la uberrimae bonae fidei, por cuanto las partes del contrato confían mutuamente entre sí; y es eso precisamente, lo que se exige en el caso de la suscripción del seguro, una declaración sobre la salud del solicitante del seguro, totalmente arraigada a la realidad, que sea una declaración transparente en la cual quien la hace, diga la verdad sobre su estado de salud, no lo niegue y mucho menos se guarde información vital para la toma de decisión del asegurador en la aceptación del riesgo propuesto.*

Entonces, teniendo en cuenta qué como el fallo, además de ser contraevidente, carece de fundamento legal y jurisprudencial, respetuosamente solicito, que el mismo sea revocado y en su lugar, se concedan las pretensiones de la demanda, se declare la nulidad relativa de los contratos de seguro por reticencia, tal y como lo mandan los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio”.

3. El extremo demandado, guardó silencio en el traslado de la impugnación.

IV. CONSIDERACIONES

1. Encontrándose presentes los presupuestos procesales necesarios para adoptar una decisión de fondo, y no habiendo vicio que pueda invalidar lo rituado -dentro el marco decisorio y dialéctico comprendido en la amplia transliteración que, en los antecedentes de esta providencia, se hizo de la motivación del fallo cuestionado y de los reparos formulados por la apelante-, el Tribunal anticipa la confirmatoria de la sentencia impugnada, por las razones que a continuación pasan a explicarse:

2. Delimitada, de esta forma, la médula del debate a resolver en esta instancia, incumbe puntualizar que, para este Cuerpo

Decisorio, no hay vaguedad alguna sobre la ubérrima buena fe que debe imperar en el contrato de seguro, debido a que a sus acordantes les es exigido exteriorizar, con suma transparencia, la información relevante para constituir la relación aseguraticia. Es por eso que, a voces de la jurisprudencia de la Sala Civil, “[e]l tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa. (...). Aunque es clara la intención del legislador en cuanto evitar que las aseguradoras resulten sorprendidas y engañadas por el virtual tomador de un seguro que no ha reportado con total sinceridad el estado del riesgo, no es menos cierto que la etapa de formación del contrato y, en especial, del consentimiento, se debe auscultar en el marco de un equilibrio de información a cargo de los intervinientes en el acuerdo. En tal virtud, paralelo al deber del potencial tomador, ya indicado, en el otro vértice contractual recae también una carga de investigar adecuadamente las circunstancias que rodean el estado del riesgo, al punto que no resulta posible suponer que hubo engaño o reticencia cuando la aseguradora no cumple con esa obligación, pudiendo efectivamente hacerlo (art. 1058, inciso final, del C. de Co.). (...); [concluyéndose que] la expresión ‘ha debido conocer’, contemplada en [dicha disposición] no excluye el deber del tomador, consistente en informar al asegurador sobre todas aquellas circunstancias conducentes e importantes, relacionadas con el estado del riesgo, sino que, en esa labor, vincula a éste, que en el marco de un deber concurrente y correlativo le corresponde inicialmente efectuar una indagación pertinente, en orden a procurar una sincera declaración sobre el estado del riesgo.”¹

3. Asimismo, huelga relieves que la Sala de Casación Civil, en sentencia SC3791-2021,² atinente a la reticencia, sostuvo que “(...) haciendo una lectura del precepto [1058 del Código de Comercio], ha venido siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, (...) construyendo algunos criterios o estándares: **1. Buena fe.** Mediante una doctrina probable, (...) la buena fe también cobija a la aseguradora, para

¹ CSJ. Sala de Casación Civil. Sentencia SC5327-2018 de 13 de diciembre de 2018. Exp. 68001-31-03-004-2008-00193-01.

² Rad. 20001-31-03-003-2009-00143-01.

hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la uberrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida³. **2. La mala fe debe probarse.** Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. **3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecuencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro.** Es decir, se debe establecer cual fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. **4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida,** por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. (...) sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. **5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión.”** (Resaltado Propio).

4. Partiendo, entonces, de los lineamientos jurisprudenciales descritos en párrafos antecedentes -que van en la misma orientación de los precedentes de la Corte Constitucional-⁴ bien pronto se anticipa la confirmatoria de la decisión confutada, dado que, en el caso bajo escrutinio, no aparece acreditada la mala fe que el tomador pudo haber tenido al ocultar su real condición de su salud, al momento de efectuar las declaraciones del riesgo.

4.1. Al respecto, lo primero que pone de presente esta Colegiatura es que, en el plenario, no emerge demostrado que el tomador Alejandro Antonio Castrillón Velásquez hubiere informado a la aseguradora sobre el real estado de su salud, particularmente, en torno a ser portador del VIH; facticidad evidenciada con el registro

³CSJ. SC Sent. del 15 de marzo de 1944, del 12 de diciembre de 1955, del 23 de septiembre de 1974, del 11 de marzo de 2004; del 13 de julio de 2005; y del 30 de junio de 2011.

⁴ Entre ellos las sentencias T-832 de octubre de 2010 y T-027 de 2019.

hospitalario expedido por la Clínica La Colina, en el que se dejó anotado que el paciente, aquí demandado, ingresó a consulta el 27 de marzo de 2017, y en el acápite de *"antecedentes patológicos"*, se indicó que tenía *"GOTA DESDE HACE DOS AÑOS"* y *"HIV + DESDE HACE 2 AÑOS"*; además, se consignó que *"suspendió antirretrovirales desde hace un año no tiene seguimiento médico"*. Es decir que el accionado, para la data en que suscribió el formulario denominado *"solicitud seguro de salud"* -30 de mayo de 2017-, era conocedor de su patología. Asimismo, con el libelo genitor se aportó certificación expedida el 11 de octubre de 2017, por Mapfre Colombia, en la que se hizo constar que el señor Castrillón Velásquez *"es asegurado principal de la Póliza de SALUD EXCELENCIA (...) tiene una vigencia desde junio 03 del 2016 hasta Junio 011 del 2018"*, y que como *"preexistencias"* reportó: *"Otros trastornos Especificados De La Nariz Y De los Senos Paranasales, Problemas Relacionados Con El Uso De Tabaco, Enfermedad Por Virus De la Inmunodeficiencia Humana (Vih), Sin Otra Especificación, Gota, No Especificada"*.

4.2. No obstante lo anterior, llámese la atención en que, a voces de la jurisprudencia, *"(...) 'no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comentario⁵(...)"*,⁶ nociones que, aplicadas al caso en concreto, permiten afirmar que no bastaba con simplemente verificar la ausencia de la información suministrada por el tomador del seguro, para tener por nulo relativamente el referido acuerdo de voluntades, sino que era necesario, entre otras cosas, que la mala fe del declarante fuera probada por la aseguradora, como en párrafos anteriores la jurisprudencia transcrita lo dejó apuntado.

Desde esa tesitura, tras la valoración del acervo probatorio recopilado en las diligencias, no fue posible hallar medio de persuasión que sirviera de soporte para aseverar, derechamente, que el tomador del afianzamiento faltó a la verdad en un contexto de

⁵ CSJ. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146.

⁶ CSJ SC3791-2021.

mala fides, orfandad que, sin más, impedía tener por acreditada la reticencia alegada por la aseguradora demandante, sujeto procesal sobre quien recaía la carga de demostrar dicha circunstancia, pues, a voces del órgano de cierre de la justicia civil, “[e]l asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad”;⁷ empero, como así no sucedió, la nulidad de los contratos de seguro por dicho motivo no podía abrirse paso, porque, a la luz de los precedentes jurisprudenciales reseñados con antelación, la mala fe es uno de los elementos axiológicos para pregonar la reticencia de que trata el canon 1058 del C. de Co., tal y como lo concluyó el funcionario de primer grado.

5. Se suma a lo expresado en párrafos precedente, que, de las pruebas allegadas a la encuadración, resulta claro que para el **27 de marzo de 2015** Alejandro Antonio Castrillón Velásquez ya era portador del mencionado agente patógeno, época en la que estaba amparado por la póliza 021542602/0, con vigencia desde el 28 de abril de 2014 al 30 de abril de 2015; como se extrae del registro hospitalario expedido por la Clínica La Colina, en el que se anotó que el paciente, aquí demandado, ingresó a consulta el 27 de marzo de 2017, y en el acápite de “*antecedentes patológicos*”, se expresó que tenía “*GOTA DESDE HACE DOS AÑOS*” y “*HIV + DESDE HACE 2 AÑOS*”,⁸ además, se dejó consignado que “*suspendió antirretrovirales desde hace un año no tiene seguimiento médico*”; sin que en la la certificación emitida por Mapfre Colombia, el día 11 de octubre de 2017, se precise la época en la que el asegurado se habría contagiado del mencionado virus, pues el siguiente es texto de dicho escrito, carente de esa concreción temporal:

⁷ *Ídem*

⁸ Resaltado de la Sala.



Bogotá, Octubre 11 del 2017

A QUIEN PUEDA INTERESAR

CERTIFICAMOS:

Que el Señor (a). ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No.75093681 es asegurado principal de la Póliza de SALUD EXCELENCIA No. 4214616000015, cuyo tomador es la ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ, la cual tiene una vigencia desde Junio 03 del 2016 hasta Junio 01 del 2018 , contratada con MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

ASEGURADO

Nombre	Documento	Parentesco	Fecha
ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ	CC 75093681	Asegurado Principal	19/11/2012
CHRISTIAN DAVID CASTRILLON RUIZ	TI 1014864876	Hijo/A	19/11/2012

PREEXISTENCIAS

Nombre	Descripción
ALEJANDRO ANTONIO CASTRILLON VELASQUEZ	Otros Trastornos Especificados De La Nariz Y De Los Senos Paranasales, Problemas Relacionados Con El Uso De Tabaco, Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana (Vih), Sin Otra Especificacion, Gota, No Especificada
CHRISTIAN DAVID CASTRILLON RUIZ	No tiene Preexistencias Particulares

Entonces, al tratarse de un seguro de salud, la aseguradora pudo o debió conocer la existencia de dicho microorganismo en las células del señor Castrillón. Y con ese antecedente, también se revela que el ente afianzador pudo o debió saber de la presencia del comentado germen en el sistema inmunitario del conminado, para el momento de expedirse la póliza 022099901/0, vigente entre el 1 de junio de 2017 al 31 de mayo de 2018.

De ahí que tampoco sea atendible la solicitud de nulidad deprecada, puesto que, al tenor del artículo 1058, inciso cuarto, del Código de Comercio -analizado en la jurisprudencia reproducida en párrafos antecedentes- “[I]as sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración (...).”⁹

6. Y es que, en el presenta asunto, no emerge duda de que el aludido tomador contrajo el “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, como se infiere de su bitácora hospitalaria arrimada a la actuación, sin

⁹ Resaltado fuera de texto.

que Allianz Seguros de Vida S.A., -dado que las particularidades del caso en estudio conducían al conocimiento de la presencia del VIH- hiciera las averiguaciones correspondientes, como la revisión previa de la historia clínica del asegurado y la realización de los respectivos exámenes médicos; pese a que la Sala de Casación Civil ha indicado que "(...) *si por la naturaleza del riesgo solicitado para que sea asegurado y por la información conocida y dada por el tomador, la compañía aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, más sin embargo no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido*"¹⁰; omisión que, en este caso, deja al descubierto que el extremo activo faltó a su deber correlativo de esclarecer el estado del riesgo, en virtud del principio de buena fe, que, en materia de aseguramiento, "es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas, v.gr: el tomador del seguro, ya que el asegurador predisponente, entre otras conductas a su cargo (positivas y negativas) (...) [pues] 'es un postulado de doble vía...que se expresa -entre otros supuestos- en una información recíproca'"¹¹ Y al no haber investigado la aseguradora - como era de su resorte en este particular asunto- los contornos del riesgo objeto del afianzamiento, no queda otro camino que desestimar sus pretensiones, considerando que, en palabras de la Corte Suprema de Justicia, "(...) *si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia (...).*"¹²

7. El orden argumentativo que se trae es suficiente para ratificar la sentencia apelada, sin condena en costas a la parte impugnante, en armonía con lo preceptuado en la regla 8ª del artículo 365 del C. G.P.

¹⁰ CSJ. SC 18 oct. 1995, expediente. No. 4640. MP Pedro Lafont Pianeta.

¹¹ CSJ. Cas. Civil. Sentencia de 2 de agosto de 2001, exp. 6146. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

¹² CSJ. SC 26 abr. 2007, rad. 1997-04528-01, reiterada en SC18563-2016, rad. 05001-31-03-017-2009-00438-01.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C., en Sala Civil de Decisión**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE:**

PRIMERO.- CONFIRMAR la sentencia proferida el 30 de marzo de 2022, por el Juzgado Quince Civil Circuito de Bogotá, en el asunto del epígrafe.

SEGUNDO.- SIN CONDENA en costas de esta instancia a la parte recurrente.

TERCERO.- En oportunidad, por Secretaría, ofíciase al Despacho de origen informándole sobre la presente decisión, y remítasele copia magnética de esta providencia, para que haga parte del expediente respectivo.

NOTIFÍQUESE,

JUAN PABLO SUÁREZ OROZCO

Magistrado
(15 2018 00127 01)

GERMÁN VALENZUELA VALBUENA

Magistrado
(15 2018 00127 01)

(Con aclaración de voto)

ÓSCAR FERNANDO YAYA PEÑA

Magistrado
(15 2018 00127 01)

Firmado Por:

Juan Pablo Suarez Orozco

Magistrado

Sala Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

Magistrado ponente

STC5953-2021

Radicación n.º 08001-22-13-000-2021-00092-01

(Aprobado en sesión virtual de doce de mayo de dos mil veintiuno)

Bogotá, D. C., veintiséis (26) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Decídese la impugnación formulada contra la sentencia dictada el 2 de marzo de 2021, por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, dentro de la tutela promovida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. frente al Juzgado Once Civil del Circuito de la citada ciudad, con ocasión del juicio de “*cumplimiento de contrato*” adelantado por Ernesto Triana Ballesteros a la sociedad aquí quejosa.

1. ANTECEDENTES

1. La censorsa exige la protección de las prerrogativas al acceso a la administración de justicia y debido proceso, presuntamente vulneradas por la autoridad querellada.

2. De la lectura del escrito tutelar y la revisión de las pruebas adosadas al plenario, se desprenden, como hechos soporte de la presente acción, los descritos a continuación:

El 26 de octubre de 2011, Ernesto Triana Ballesteros adquirió un “ *seguro de vida grupo*”, de la empresa BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., a través de póliza N°. VGD-0110043, registrando como tomador al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A.

El 8 de mayo de 2014, el Fondo de Pensiones y Cesantías de Protección S.A., calificó al prenombrado con un porcentaje del 66.38% de pérdida de capacidad laboral, por tanto, aquél “*formalizó*” su reclamo a la aseguradora, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio.

La firma aseguradora negó la petición, entre otras cosas, por “ *reticencia*”, pues señaló que Triana Ballesteros, al momento de suscribir la “ *declaración del estado de riesgo*”, no informó de circunstancias importantes, relacionadas con su estado de salud, pues padecía de diversas patologías médicas desde antes, tales como: i) hipertensión arterial, ii) diabetes mellitus, iii) infarto agudo al miocardio y iv) angina de pecho; además de haber sufrido un “ *impacto con arma de fuego en la cabeza*”

Inconforme, el asegurado inició el juicio materia de este auxilio, tramitado en el Juzgado Once de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Barranquilla,

autoridad que, mediante sentencia de 20 de agosto de 2019, declaró probada la excepción de fondo denominada “ *nulidad relativa o anulabilidad del contrato ante la reticencia el tomador*”.

La anterior determinación fue apelada por el demandante, correspondiéndole el conocimiento de la alzada al despacho aquí confutado, quien, el 20 de enero de 2021, revocó la determinación del *a quo*, para en su lugar, conceder las pretensiones invocadas.

Aduce la censora el estrado convocado incurrió en “ *defecto sustancial*”, por cuanto

“ (□) sustent[ó] su sentencia en la tesis errada de que la aseguradora no demostró el nexo causal entre las preexistencias no informadas por el demandante y la condición médica que dio origen al siniestro, adicionalmente consideró que la aseguradora tenía que demostrar la mala fe, pese a que estas tesis no tienen fundamento legal, imponiéndole una doble carga probatoria (□)” .

En el mismo sentido, reprocha al juzgador querellado por pronunciarse sobre un tema que no fue materia de apelación por parte del extremo actor de ese asunto.

3. Pide, en concreto, se revoque el fallo de segundo grado emitido en el caso *subexámine*.

1.1. Respuesta del accionado

Se opuso al ruego manifestando no haber vulnerado ninguna prerrogativa de la actora, pues su decisión fue

proferida con la debida valoración probatoria y bajo el criterio de la sana crítica.

1.2. La sentencia impugnada

Concedió la protección reclamada, tras advertir:

“ (□) [N]o es posible para quien está conociendo del recurso de apelación soportar o fundamentar su decisión de revocar la providencia del Juzgado a quo en argumentos no planteados por el recurrente, puesto que no puede suplir sus deficiencias cuando éste no ha suministrado las razones adecuadas y pertinentes que puedan ser analizadas para ello; al tener que limitarse al estudio de lo expresamente planteado por dicha parte procesal”.

“Si se revisan los reparos efectuados por el apoderado recurrente en su memorial allegado ante el a quo, en él no aparece esa argumentación referente a que la aseguradora tenía una determinada carga probatoria específica dentro del proceso relativa a demostrar la existencia de un nexo causal entre las preexistencias no informadas al momento de suscribir el [contrato] y la condición médica que dio origen al siniestro que es la idea principal del cabal soporte de la decisión de la juez de segunda instancia (□)” .

En consecuencia, ordenó al convocado:

“ (□) [Q]ue dentro del término de 48 horas de notificada esta providencia, (□) dej[e] sin efectos la sentencia del 19 de enero de 2021, a fin de que proceda al reestudio y análisis de la situación a ella planteada, ateniéndose al contexto de los reparos expuestos por la parte demandante, sin agregar argumentaciones diferentes a estos (□)” .

1.3. La impugnación

El juzgado confutado y Ernesto Triana Ballesteros impugnaron manifestando, en concreto, la inexistencia, en el comentado decurso, de alguna irregularidad que diera paso a la concesión de la tutela deprecada.

2. CONSIDERACIONES

1. Únicamente las decisiones judiciales arbitrarias con directa repercusión en las garantías fundamentales de las partes o de terceros, son susceptibles de cuestionamiento por vía de tutela, siempre y cuando, claro está, su titular haya agotado los medios legales ordinarios dispuestos para hacerlos prevalecer dentro del correspondiente proceso.

2. La sociedad accionante censura el fallo de 20 de enero de 2021, emitido por el Juzgado Once Civil del Circuito de Barranquilla, pues, en su sentir, esa autoridad incurrió en defecto sustancial, i) al imponerle requisitos no contemplados en la ley, para demostrar la nulidad relativa del contrato aseguratorio materia de litigio, y ii) por cuanto el punto referente a la mala fe del asegurado y el nexo causal entre la declaración del estado del riesgo y la patología que conllevó la pérdida de capacidad laboral de Ernesto Triana Ballesteros, no fue tema de apelación por parte de éste, al momento de sustentar la alzada impetrada en el caso bajo estudio.

3. Se advierte que el despacho convocado, al zanjar la alzada impetrada por el quejoso, evidenció que el argumento expuesto por el *a quo* para dar por probada la excepción de fondo propuesta por el extremo pasivo, no podía predicarse dentro del caso bajo estudio, pues, en

realidad, no estaba demostrada la “*causalidad entre la reticencia y el siniestro objeto de reclamo*” .

Por tanto, el juzgado denunciado en ninguna irregularidad incurrió, al pronunciarse, en su decisión, respecto de los presupuestos de la acción invocada, por cuanto esta Corporación ha sostenido:

“ (□) [E]l juez tiene el deber de resolver de fondo la controversia puesta a su consideración, de acuerdo con el principio fundamental de que sólo ésta limitado **a no variar la causa petendi (hechos), pero no así a determinar el derecho aplicable al juicio** o a revisar si los presupuestos de cada una de las acciones se cumplen o no, dado que en virtud del principio *iura novit curia* las partes no tienen la carga de probar el derecho, salvo contadas excepciones como cuando se trata de derecho extranjero o consuetudinario”.

“ Es así que el mismo legislador, estableció en su artículo 282 del Código General del Proceso, que, en cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda». Y con mayor claridad en relación a la impugnación indica el artículo 328 de la citada codificación, que: «[E]l juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley” .

“ Normas de las que se desprende, que por regla general la competencia del superior está restringida a pronunciarse sobre los argumentos expuestos por el apelante, pero existen excepciones a esa restricción, tales como: (i) cuando las dos partes impugnan, pues en este caso se debe resolver sin limitaciones; y (ii) en aquellas oportunidades en que debe darse un pronunciamiento de oficio atendiendo lo dispuesto en la ley, que generalmente **se da cuando la determinación de segunda instancia conlleva a que deba decidirse sobre temas íntimamente relacionados con ésta**” (negrillas propias)¹.

¹ CSJ. STC 23 de julio de 2019, exp. 11001-02-03-000-2019-02206-00.

Así las cosas, al estar en debate el punto concerniente a la falta validez del contrato por reticencia, indudable es, el juzgado debía resolver ese específico punto bajo los presupuestos normativos y jurisprudenciales que rigen el tema, con el fin de entrar a determinar la procedencia o no de la excepción de fondo impetrada por el tutelante, **pues el nexo causal entre la enfermedad preexistente y el siniestro, es requisito inobjetable para corroborar la nulidad relativa del contrato de seguros.**

Aclarado lo anterior, se observa que la autoridad refutada, para zanjar el tema de la reticencia, destacó:

“(□) [E]l recurrente alega como uno de los reparos a la sentencia de primera instancia, la indebida valoración del acervo probatorio, y está más que claro, para esta agencia judicial, que, para el juez de primera instancia, no era legible el cuestionario de asegurabilidad, pues solo se tiene certeza del contenido de dicho interrogatorio en esta instancia

“El juez de primera instancia omitió analizar si verdaderamente con las pruebas aportadas que fueron: copia simple de la declaratoria de asegurabilidad (□), contestación a derecho de petición (□) e historia clínica del señor Ernesto Triana expedida por la EPS SALUD TOTAL (□), estaba demostrado el nexo causal entre las preexistencias no informadas por parte del demandante y la condición médica que dio origen al siniestro, en este caso con LA INSUFICIENCIA RENAL PERITONIAL CRÓNICA MÁS REDUCCIÓN DE LA VISIÓN POR RETINOPATÍA, elemento indispensable para demostrar la reticencia como lo ha expresado la Corte Suprema de Justicia en sentencia STL 3608-2019 (□)” .

“(□) [E]s evidente que la obligación de demostrar el nexo causal entre las enfermedades que padecía el señor ERNESTO TRIANA al momento de suscribir el contrato de seguro, recaía en la aseguradora BBVA SEGUROS COLOMBIA y tal carga no se cumplió por parte de la entidad, dado que no arrió probanza alguna de que la enfermedad que ocasionó que el fondo de pensiones PROTECCIÓN S.A. calificara al señor ERNESTO TRIANA con una pérdida de capacidad laboral de 66.38% fue diagnosticada antes de celebrar el contrato de seguro, pues de

la historia clínica se desprende que la falla renal fue diagnosticada 3 años después de suscrito la obligación contractual, y es más, la fecha de estructuración de invalidez fue en mayo 8 de 2014; tampoco fue diligente la aseguradora en demostrar que las enfermedades dejadas de declarar tenían relación directa con la enfermedad que finalmente llevó a la pérdida de capacidad laboral del hoy recurrente, es decir no arrió dictamen o concepto médico alguno que conllevara al juzgador a concluir que las enfermedades antes descritas podían ocasionar la patología que hoy padece el señor ERNESTO TRIANA y que finalmente conllevaron [que] ocurriera uno de los riesgos amparados en la póliza de seguro”.

4. Desde esa perspectiva, la providencia examinada no se observa descabellada al punto de permitir la injerencia de esta justicia. Según lo ha expresado esta Corte, “ (□) *independientemente de que se comparta o no la hermenéutica de los juzgadores atacados, ello no descalifica su decisión ni la convierte en caprichosa y con entidad suficiente de configurar vía de hecho (□)*”².

Lo pretendido por la promotora es obtener un pronunciamiento diferente al emitido en la sentencia cuestionada, de la cual, se infiere, está soportada en fundamentos lógicos y razonables, fruto de la valoración de los medios de prueba militantes en el expediente y del análisis de la jurisprudencia aplicable al caso.

Resulta pertinente acotar que, en punto al *principio de buena fe* en los contratos de seguro y la *reticencia*, la Corte constitucional ha expuesto:

“ (□) [E]l asegurador debe: a) *probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad*

² CSJ. Civil. Sentencia de 18 de marzo de 2010, exp. 2010-00367-00; ver en el mismo sentido el fallo de 18 de diciembre de 2012, exp. 2012-01828-01.

omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión (□)”³.

Bajo la misma línea argumentativa, en la misma providencia, expresó:

“(□) El artículo 83 de la Constitución Política de Colombia consagra que las actuaciones de los particulares deberán ceñirse a los postulados de la buena fe.

“El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría. En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual.

“Este criterio toma mayor fuerza cuando, además de existir una situación asimétrica, la parte dominante presta un servicio público, en especial cuando está relacionado con las actividades consagradas en el artículo 335 de la Constitución. Ello se debe a que los agentes no solo gozan de una posición que les permite fijar las condiciones de los créditos, sistemas de amortización y demás, sino que en ellos se deposita la confianza pública por el servicio que prestan (□)”⁴.

Por otra parte, esta Sala, en un asunto similar, recientemente, señaló:

“(□) No obstante, lo que esta Corporación advierte, es que el Tribunal de Bogotá reseñó el citado precedente [T-282 de 2016 C.C.] de forma imprecisa, ya que pasó por alto que en el mismo claramente se estableció que cuando la aseguradora pretenda «la declaración de nulidad del contrato de seguro por configurarse la reticencia del tomador de informar una

³ Sentencia T-027/19, 30 de enero de 2019. Corte Constitucional

⁴ *Ídem*.

preexistencia» deber demostrar la relación entre los hechos omitidos y el siniestro.

“En tal sentido, en la sentencia T-282 de 2016 se dijo:

“En consecuencia, la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador (□)” .

“22. Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “ reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

“El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión.

23. Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición (negrillas del texto original y subrayas de la Sala)⁵.

5. Así las cosas, “ (□) independientemente de que se comparta o no la hermenéutica de los juzgadores atacados,

⁵ CSJ. STC de 2020, Expediente 2020-00827-00.

ello no descalifica su decisión ni la convierte en caprichosa y con entidad suficiente de configurar vía de hecho (□)” ⁶.

Téngase en cuenta que la sola divergencia conceptual no puede ser veneno para rogar el amparo porque la tutela no es instrumento para definir cuál planteamiento interpretativo en las hipótesis de subsunción legal es el válido, ni cuál de las inferencias valorativas de los elementos fácticos es la más acertada o la correcta para dar lugar a la intrusión del juez constitucional. El resguardo previsto en la regla 86 es residual y subsidiario.

6. Siguiendo los derroteros de la Convención Americana de Derechos Humanos⁷ y su jurisprudencia, no se otea vulneración alguna a la preceptiva de la misma ni tampoco del bloque de constitucionalidad, que ameriten la injerencia de esta Corte para declarar inconvencional la actuación refutada.

El convenio citado es aplicable por virtud del canon 9 de la Constitución Nacional, cuando dice:

“(.) Las relaciones exteriores del Estado se fundamentan en la soberanía nacional, en el respeto a la autodeterminación de los pueblos y en el reconocimiento de los principios del derecho internacional aceptados por Colombia (..)”.

Complementariamente, el artículo 93 *ejúsdem*, contempla:

⁶ CSJ. STC de 18 de marzo de 2010, exp. 2010-00367-00; ver en el mismo sentido el fallo de 18 de diciembre de 2012, exp. 2012-01828-01.

⁷ Pacto de San José de Costa Rica, firmado el 22 de noviembre de 1969 y aprobado en Colombia por la Ley 16 de 1972.

“ (...) Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno” .

“ Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia (...)” .

El mandato 27 de la Convención de Viena, sobre el derecho de los tratados de 1969⁸, debidamente ratificada por Colombia, según el cual: “ (□) Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado (□)” ⁹, impone su observancia en forma irrestricta, cuando un Estado parte lo ha suscrito o se ha adherido al mismo.

6.1. Aunque podría argumentarse la viabilidad del control de convencionalidad sólo en decursos donde se halla el quebranto de garantías sustanciales o cuando la normatividad interna es contraria a la internacional sobre los derechos humanos, se estima trascendente efectuar dicho seguimiento en todos los asuntos donde se debata la conculcación de prerrogativas *iusfundamentales*, así su protección resulte procedente o no.

Lo aducido porque la enunciada herramienta le permite a los Estados materializar el deber de garantizar los derechos humanos en el ámbito doméstico, a través de la verificación de la conformidad de las normas y prácticas nacionales, con la Convención Americana de Derechos Humanos y su jurisprudencia, ejercicio que según la Corte

⁸ Suscrita en Viena el 23 de mayo de 1969.

⁹ Aprobada por Colombia mediante la Ley 32 de 1985.

Interamericana se surte no sólo a petición de parte sino *ex officio*¹⁰.

No sobra advertir que el régimen convencional en el derecho local de los países que la han suscrito y aprobado, no constituye un sistema opcional o de libre aplicación en los ordenamientos patrios; sino que en estos casos cobra vigencia plena y obligatoriedad con carácter impositivo para todos los servidores estatales, debiendo realizar no solamente un control legal y constitucional, sino también el convencional; con mayor razón cuando forma parte del bloque de constitucionalidad sin quedar al arbitrio de las autoridades su gobierno.

6.2. El aludido control en estos asuntos procura, además, contribuir judicial y pedagógicamente, tal cual se le ha ordenado a los Estados denunciados –incluido Colombia¹¹, a impartir una formación permanente de Derechos Humanos y DIH en todos los niveles jerárquicos de las Fuerzas Armadas, jueces y fiscales¹²; así como realizar cursos de capacitación a funcionarios de la rama ejecutiva y judicial y campañas informativas públicas en materia de protección de derechos y garantías¹³.

¹⁰ Corte IDH. Caso Gudiél Álvarez y otros (“ Diario Militar”) contra Guatemala. Sentencia de noviembre 20 de 2012. Serie C No. 253, párrafo 330.

¹¹ Corte IDH, Caso Vélez Restrepo y familiares Vs. Colombia, Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 3 de septiembre de 2012. Serie C No. 248, párrs. 259 a 290, criterio reiterado Caso Masacre de Santo Domingo Vs. Colombia, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2012. Serie C No. 259, párrs. 295 a 323.

¹² Corte IDH, Caso de la Masacre de Las Dos Erres Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C No. 211, párrs. 229 a 274.

¹³ Corte IDH, Caso Furlan y familiares Vs. Argentina, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246, párrs. 278 a 308.

Insistir en la aplicación del citado control y esbozar el contenido de la Convención Interamericana de Derechos Humanos en providencias como la presente, le permite no sólo a las autoridades conocer e interiorizar las obligaciones contraídas internacionalmente, en relación con el respeto a los derechos humanos, sino a la ciudadanía informarse en torno al máximo grado de salvaguarda de sus garantías.

Además, pretende contribuir en la formación de una comunidad global, incluyente, respetuosa de los instrumentos internacionales y de la protección de las prerrogativas fundamentales en el marco del sistema americano de derechos humanos.

7. Por los anteriores argumentos, se impone revocar el fallo impugnado.

3. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, en Sala de Casación Civil, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la sentencia de fecha y lugar de procedencia anotada para en su lugar, **NEGAR** el amparo deprecado.

SEGUNDO: Notifíquese lo así decidido, mediante comunicación telegráfica o por mensaje de datos, a todos los interesados y remítase oportunamente el expediente a la

Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

FRANCISCO TERNERA BARRIOS

Presidente de Sala

ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

Con salvamento de voto

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

Con aclaración de voto

AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

LUIS ALONSO RICO PUERTA

Con salvamento de voto

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Con aclaración de voto

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

SALVAMENTO DE VOTO

Radicación n.º 08001-22-13-000-2021-00092-01

Me permito sustentar mi **SALVAMENTO DE VOTO**, que hago con todo respeto por el Magistrado Ponente y por quienes acompañaron el proyecto de esta Sala Civil que en segunda instancia **REVOCÓ** la sentencia impugnada, del 2 de marzo de 2021, por medio de la cual la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, había concedido el amparo, revocando la decisión del Juez Once Civil del Circuito de Barranquilla, y en su lugar procedió a **NEGAR** el amparo invocado.

En la acción de tutela en mención, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. pide amparo frente al Juzgado Once Civil del Circuito de la citada ciudad, en relación con un proceso de “*cumplimiento de contrato*” que instauró el señor Ernesto Triana Ballesteros contra el Banco aquí accionante, proceso que culminó su primera instancia con decisión del Juzgado Once de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Barranquilla, de fecha 20 de agosto de 2019, en la cual se declaró probada la excepción de fondo denominada “*nulidad relativa o anulabilidad del contrato ante la reticencia del tomador*” porque al momento de suscribir el contrato y en la “*declaración del estado de riesgo*”, no informó de circunstancias importantes, relacionadas con su estado de salud, y calló que padecía de

diversas patologías médicas antes conocidas por él, como: i) hipertensión arterial, ii) diabetes mellitus, iii) infarto agudo al miocardio y iv) angina de pecho; además de haber sufrido un “ *impacto con arma de fuego en la cabeza*”

Apelada por el demandante, el Juzgado Once Civil del Circuito de Barranquilla, aquí accionado, revocó la sentencia el 20 de enero de 2021, y en su lugar acogió las pretensiones.

En la decisión constitucional de primera instancia, aparte de considerar que la decisión del Juzgado del Circuito se fundó en una tesis errada al sustentar su sentencia en que la aseguradora no demostró el nexo causal entre las preexistencias no informadas por el demandante y la condición médica que dio origen al siniestro, pero que además tenía que demostrar la mala fe, tesis que no tienen fundamento legal, le reprocha al juzgador querellado por pronunciarse sobre un tema que no fue materia de apelación por parte del extremo actor de ese asunto, por lo que reclama la revocatoria del mencionado fallo.

A pesar de que el Juzgado accionado se opuso al amparo manifestando no haber vulnerado ningún derecho de la actora, ya que su decisión fue proferida con la debida valoración probatoria y bajo el criterio de la sana crítica, el Tribunal constitucional de primera instancia concedió la protección reclamada, tras advertir que “ (□) [N]o es posible para quien está conociendo del recurso de apelación soportar o fundamentar su decisión de revocar la providencia del Juzgado a quo

en argumentos no planteados por el recurrente, puesto que no puede suplir sus deficiencias cuando éste no ha suministrado las razones adecuadas y pertinentes que puedan ser analizadas para ello; al tener que limitarse al estudio de lo expresamente planteado por dicha parte procesal”. Y agregó que, “Si se revisan los reparos efectuados por el apoderado recurrente en su memorial allegado ante el a quo, en él no aparece esa argumentación referente a que la aseguradora tenía una determinada carga probatoria específica dentro del proceso relativa a demostrar la existencia de un nexo causal entre las preexistencias no informadas al momento de suscribir el [contrato] y la condición médica que dio origen al siniestro que es la idea principal del cabal soporte de la decisión de la juez de segunda instancia (□)” .

Con fundamento en esa argumentación, le ordenó al Juzgado, convocado: “ (□) [Q]ue dentro del término de 48 horas de notificada esta providencia, (□) dej[e] sin efectos la sentencia del 19 de enero de 2021, a fin de que proceda al reestudio y análisis de la situación a ella planteada, ateniéndose al contexto de los reparos expuestos por la parte demandante, sin agregar argumentaciones diferentes a estos (□)” .

Esos argumentos son suficientes para la concesión del amparo y por consiguiente para mantenerlo por la Corte, pero recibida la impugnación de parte del Juzgado accionado y del inicialmente demandante, entró la sala a definir en esta instancia lo antes señalado, es decir, a revocar esa decisión y a negar el amparo, sin parar en mientes que se trataba de una decisión constitucional válida, primero que todo porque había advertido errores de procedimiento en el fallador civil; y segundo, porque además la providencia de primera instancia estaba acorde

con la doctrina probable de esta Corporación, la cual repudió.

Señaló además con buen tino, que el Juzgado Once Civil del Circuito de Barranquilla, en su sentir, incurrió en defecto sustancial, i) al imponerle requisitos no contemplados en la ley, para demostrar la nulidad relativa del contrato de seguro materia de litigio, y ii) por cuanto el punto referente a la mala fe del asegurado y el nexo causal entre la declaración del estado del riesgo y la patología que conllevó la pérdida de capacidad laboral de Ernesto Triana Ballesteros, no fue tema de apelación por parte de éste, al momento de sustentar la alzada impetrada en el caso bajo estudio.

Al contrario, en el proyecto que ahora se firma, la sala mayoritaria entra a valorar, no los errores probatorios que vio el Tribunal sino que se inmiscuye en el fondo de la discusión de forma innecesaria, además, haciendo afirmaciones contrarias a la Doctrina Legal de esta Sala Civil, dándole la connotación de jurisprudencia decantada, con el único fundamento de que ocasionalmente y de manera inconsulta, es decir, sin que la Sala lo advirtiera y decidiera en forma legal el cambio jurisprudencial, se había incluido subrepticamente esa posición en alguna decisión de tutela, que no de justicia ordinaria.

Por esas razones, considero que el camino correcto al definir la impugnación era la confirmación de la sentencia constitucional de Primera instancia, que ordenaba al

Juzgado Once volver a fallar respetando el procedimiento en cuanto a los errores vistos por el Tribunal y sin entrar al fondo del asunto y mucho menos para desconocer la doctrina legal de esta Corte en materia de nulidad relativa por reticencia.

No era adecuado ni pertinente tampoco, de acuerdo con la naturaleza de la tutela, que la Corte entrara a decidir y tomar partido frente a la nulidad o validez del contrato por reticencia, pues esa labor ya la había cumplido el juez de primera instancia y el tema no era objeto de discusión porque no ese incluyó en los reparos, por lo tanto, no era procedente que el ad quem incluyera el tema en la sentencia de segunda instancia y mucho menos que la Corte se ocupara del asunto. Por eso no acompañó con mi voto la providencia y creo que debió confirmarse la que acogió el amparo dictado por el Tribunal.

ALVARO FERNANDO GARCIA RESTREPO

Magistrado

ACLARACIÓN DE VOTO

Radicación n.º 08001-22-13-000-2021-00092-01

Aunque estoy conforme con la resolución del caso, dado que, contrario a lo aducido por la tutelante, el estrado accionado no incurrió en vía de hecho al revocar el fallo de primer grado que declaró probada la excepción de *«nulidad relativa o anulabilidad del contrato ante la reticencia del tomador»* para, en su lugar, conceder las pretensiones invocadas, disiento de la afirmación del Magistrado Ponente según la cual, *«(..) el nexo causal entre la enfermedad preexistente y el siniestro, es requisito inobjetable para corroborar la nulidad relativa del contrato de seguros»*.

Ello, porque acojo el criterio de la mayoría de los miembros de la Sala, en el que resulta claro que no es de manera exclusiva el *«nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro»* lo que tipifica la reticencia, sino la inexacta información suministrada por el tomador o asegurado al momento de diligenciar la *«declaratoria de asegurabilidad»*.

Y, es que, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, es obligación del tomador *«declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo»* y, constituye nulidad relativa del contrato de seguro *«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».

De suerte, que, la «*declaración del estado del riesgo*» es un aspecto de cardinal importancia en esta clase de negociaciones, en tanto permite al asegurador conocer las particularidades del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir y valorar la conveniencia de contratar o no las eventuales condiciones especiales.

Esa «*carga de información*» implica para el tomador o asegurado, el deber de exteriorizar de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, además especialísima, la realidad del riesgo que se pretender amparar.

Así las cosas, cuando un tomador guarda silencio respecto de «*información*» importante para la expresión del consentimiento de la aseguradora, se desconoce el principio de la buena fe que «*obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y el cumplimiento de las cláusulas en él previstas*» (SC5327-2018, STC1410-2021, 18 feb).

Sobre el «*deber de información*» de quien será beneficiario de un seguro, en la sentencia acabada de citar, esta Corporación dejó sentado, que

«(□) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa (□).

Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado «(...) a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)», como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que, si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella (□).

De otra parte, cuando se trata de agravación del estado del riesgo, ocurrida en vigencia del amparo, la legislación mercantil contempla una solución similar a la de la etapa precontractual, dado que en esta fase liminar, una vez conocidas las circunstancias determinantes del estado del riesgo, el asegurador puede negarse a contratar, o puede hacerlo pero en condiciones más onerosas para el tomador (art. 1058 C. de Co.), mientras que si ello tiene lugar en el desarrollo futuro del pacto, puede revocar el contrato o exigir el reajuste en el valor de la

prima, siempre que sea notificado de la agravación (art. 1060 del C. de Co) (□)” .

En suma, si el tomador omite información relevante al momento de negociar un contrato de seguro, finalmente consolidado, se está en el escenario de la reticencia, que conduce a la invalidez relativa del convenio. Por su parte, si el asegurado se reserva información respecto de circunstancias de agravación del riesgo, presentadas luego de la entrada en vigencia del seguro se está en causal de terminación del vínculo...” (Citada en STC1409-2021, 8 feb. y STC4595-2021, 29 abr.).

Con todo respeto, dejo de esta manera aclarado mi voto.

HILDA GONZÁLEZ NEIRA

Magistrada

Radicación n.º 08001-22-13-000-2021-00092-01

SALVAMENTO DE VOTO

En forma respetuosa me permito SALVAR mi voto, pues considero que la tesis que se calificó como razonable en esta providencia, según la cual el éxito de la defensa de reticencia pende de la demostración del **«nexo causal entre las preexistencias no informadas por el demandante y la condición médica que dio origen al siniestro»**, es contraria a la postura que la Corte Suprema de Justicia ha defendido de manera inmodificable, al pronunciarse sobre esta temática en sede de casación, así como al pacífico entendimiento que ha tenido ese punto en la doctrina y legislación nacional.

Para explicar esta afirmación, deben recordarse los rasgos de la reticencia, compendiados en la reciente sentencia CSJ SC5327-2018, dic. 13:

«De acuerdo con el artículo 1058 del C. de Co. la reticencia o inexactitud en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, siempre que los datos omitidos o imprecisos sean relevantes para la calificación del estado del riesgo.

Esa inadvertencia, para afectar la validez de la convención, debe ser trascendente, toda vez que, si la declaración incompleta se concentra en aspectos que, conocidos por la aseguradora, no hubieran influido en su voluntad contractual, ninguna consecuencia se puede derivar en el sentido sancionatorio mencionado, todo lo cual se funda en la lealtad y buena fe que sustenta los actos de este linaje. De ese modo, son relevantes, al

decir de la norma en cita, las inexactitudes y reticencias cuando «conocidas por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (...), vale decir, la relevancia de la omisión o defectuosa declaración del estado del riesgo tiene qué ver directamente con datos esenciales para la cabal expresión de la voluntad.

(...) El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa.

Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado “... a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)”, como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que, si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella».

De lo anotado se infiere que la reticencia, entendida como la omisión consciente de circunstancias que agravan el estado del riesgo –y que no conocía o debía conocer la aseguradora–, es un vicio que se estructura **en la etapa anterior a la celebración del convenio aseguraticio** (la fase precontractual a que alude el artículo 863 del Código de Comercio), en la medida que altera la base fáctica sobre la cual la entidad financiera edificó su consentimiento para contratar, en las condiciones en las que lo hizo.

Expresado de otro modo, la falta de sinceridad en la declaración del estado del riesgo adultera la voluntad

expresada 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 (artículo 1502-2, Código Civil). De ahí que ese vicio conlleve la nulidad relativa del contrato de seguro, y no una sanción distinta.

En ese orden, **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. Afirmar lo contrario sería tanto como supeditar los efectos de un vicio de la voluntad al curso de los acontecimientos posteriores a la expresión de esa voluntad.

Sobre el particular, ha explicado la doctrina especializada:

«[N]o importa que la circunstancia silenciada no hubiera influido lo más mínimo en la producción del siniestro: la experiencia de los grandes números, que la hacía considerar en la mente del asegurador como una circunstancia agravante del riesgo, no se destruye en modo alguno por una prueba contraria posterior al contrato (...). El juez determina (...) si la circunstancia silenciada o inexactamente declarada era tan grave que alterara esencialmente la opinión del riesgo, no importa que falte todo nexo causal entre aquella circunstancia y la muerte del asegurado. El magistrado, que juzga de la validez del consentimiento dado por la compañía, debe remontarse al momento en que se estipulaba el contrato y se ignoraba cuál habría de ser su suerte»¹⁴.

¹⁴ VIVANTE, Cesar. *Derecho Comercial T. XIV (Del contrato de seguro)*. Ed. Adiar, Buenos Aires. 1952, p. 271.

También lo ha sostenido así esta Sala de Casación:

*«(...) esa reticencia acreditada en el proceso, **que de otra parte no tiene porqué ser la causa del siniestro, dado que tal exigencia no la contempla ley**, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, **debió conducir a que el Tribunal declarara la nulidad relativa del contrato de seguro**, sobre todo porque del acervo probatorio recaudado aflora que la compañía de seguros no tenía motivo alguno que le generara desconfianza y le impusiera el deber profesional de auscultar el estado del riesgo aún más de lo que hizo, que fue examinar el estado de salud del futuro asegurado y exigir el concepto profesional del asesor y del gerente de la agencia o sucursal de la aseguradora, víctima por tanto de un engaño que le asaltó su buena fe» (CSJ SC, 11 abr. 2002, rad. 6825).*

Posteriormente, la Corte reiteró:

*«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 distinguos, 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**»*

Tan evidente es esta inferencia, que la propia Corte Constitucional –cuyos fallos de tutela se citan en refuerzo de la postura del accionado– la defendió con ahínco en la sentencia C-232 de 1997, fallo de constitucionalidad que resulta trascendental como pauta interpretativa del ordenamiento:

«(...) 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.**

En este sentido, el profesor Ossa escribió: “Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. **Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato**” (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)».

A partir de lo expuesto, estimo improcedente calificar de razonable una postura que respetuosamente considero se aparta de la **DOCTRINA PROBABLE** establecida por la Corte Suprema de Justicia como tribunal de casación, de la tesis defendida en un fallo de constitucionalidad, y de la opinión común de la literatura especializada. Todas esas fuentes,

directas e indirectas, del derecho, defienden de manera diáfana que la nulidad relativa derivada de la reticencia «*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***».

Así las cosas, al haberse decantado el funcionario accionado por una interpretación opuesta, su hermenéutica debería invariablemente calificarse de caprichosa, en tanto se muestra ajena a las pautas propias del ordenamiento; todo ello sin que pueda obviarse que la postura censurada *(i)* riñe de manera evidente con el principio de ubérrima buena fe, propio del contrato de seguro; *(ii)* altera el equilibrio y la libertad contractuales –bases fundantes del derecho privado–; y *(iii)* premia injustificadamente al que trasgrede los lineamientos que fija el derecho, sancionando a quien los observa estrictamente.

En los anteriores términos dejo fundamentado mi salvamento de voto, con comedida reiteración de mi respeto por los demás integrantes de la Sala de Casación Civil.

Fecha *ut supra*,

LUIS ALONSO RICO PUERTA

Magistrado

Radicación n.º 08001-22-13-000-2021-00092-01

ACLARACIÓN DE VOTO

Radicación n.º 08001-22-13-000-2021-00092-01

Comparto la decisión mayoritaria en torno a la impertinencia de este ruego constitucional y el aval que se otorgó a la rebatida decisión del Juez Once Civil del Circuito de Barranquilla (20 en. 2021), producto de las falencias, atribuibles a la misma accionante, en la gestión probatoria de los medios de defensa que planteó en el juicio sometido al escrutinio de esta Corporación.

Sin embargo, con profundo respeto por los demás integrantes de esta Sala, considero que ese colofón no puede encontrar sustento en la injustificada exigencia de pruebas sobre el *«nexo causal entre la enfermedad preexistente y el siniestro»* como presupuesto *«inobjetable»* para que opere la *«nulidad relativa del contrato de seguros»*, pues tal afirmación no solo desdice de la conducta reticente y además consciente por la que optó el tomador del seguro, sino que se aparta del marco normativo que rige esa tipología contractual, así como de la doctrina que sobre el particular ha defendido la Corte Suprema de Justicia, aún como juez de tutela (Cfr. CSJ STC566-2020, STC16889-2019, STC439-2019, STC16389-2018, STC11781-2018, entre otras).

En efecto, no debe perderse de vista que en sede de casación esta Sala Especializada ha sido enfática al advertir que *«[cuando] 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** (..), construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, **observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro***» (Negritas fuera del texto - CSJ SC 1 jun. 2007. Exp. 2004-00179-01).

Y nótese que esa misma postura ya la había adoptado la Corte Constitucional al declarar la exequibilidad del canon 1058 del Código de Comercio, oportunidad en la que además de analizar el «régimen rescisorio **especial**» allí previsto, también resaltó que la «*infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo*» supone un «error» en los cimientos de la «obligación asegurativa» y, por lo mismo, «es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico (..) **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 (□) 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**» (Negritas ajenas al original - C-232 de 1997).

Tan precisas directrices contrastan, en nuestro criterio, con la exigencia probatoria que la sede encartada le impuso a la accionante, quien sin lugar a dudas estaba

obligada a acreditar la conducta reticente del tomador al momento de celebrar el contrato de seguro, no así la plena identidad de ese silencio u omisión inicial con las causas determinantes del siniestro, pues ninguna previsión normativa se lo exigía.

En este punto cabe agregar que si bien en pretérita oportunidad se prohibió una solución similar a la que aquí se cuestiona (Cfr. CSJ STC3465-2020), el reflexivo análisis de esta especialísima figura contractual (seguro de vida grupo deudores) y de la pacífica doctrina que sobre el particular ha defendido esta Corte llevó a matizar aquella conclusión (Cfr. CSJ STC1409-2021 y STC1410-2021) y revalidar la ineludible observancia del postulado de buena fe que por mandato legal e incluso constitucional se impone, sin distingo alguno, a todas las personas que intervienen en la formación y ejecución de ese negocio.

Justamente, consagrado en la Carta Política el deber de los ciudadanos de ceñir sus actuaciones «a los postulados de la buena fe» (art. 83 C.N.), no debe olvidarse que el legislador comercial también sentó el perentorio compromiso de *celebrar y ejecutar* los contratos «de buena fe» y acatar las obligaciones convencionales, así como las que deriven de su propia «naturaleza», de la «costumbre», la «equidad natural» o de la misma «ley» (art. 871 C. Cio.). Un ejemplo de ello se encuentra en la categórica carga en cabeza del tomador del seguro de «declarar **sinceramente** los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador» (art. 1058 *ib.*), imperativo que, bueno

es recordarlo, no decae, como tampoco las consecuencias de su infracción, «aunque el asegurador prescinda del examen médico» (art. 1058 *ib.*).

Por este camino, vale resaltar que el problema de la reticencia y sus efectos en la validez del pacto aseguratorio ha sido abordado por la Corte en múltiples ocasiones, particularmente en SC 1º junio de 2007. exp. No. 66001-3103-004-2004-00179-01, se hizo una interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, a partir del cual se establecieron tres (3) inferencias a saber:

4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas.

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

*4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, **tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, 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. (Negrita intencional).

Estos argumentos fueron reiterados en SC 25 mayo 2012 exp. 05001-3103-001-2006-00038-01; SC 1º sep. 2010 exp. 2003-00400 y en SC2803-2016, de ese modo, la interpretación y alcance de la mencionada disposición constituye doctrina probable de la Corte en esta materia, particularmente en aspectos como: **i)** no puede exigirse nexo de causalidad entre la inexactitud o reticencia y el siniestro¹⁵, **ii)** no es necesario establecer cuál fue la intención del tomador al callar u omitir información relevante al momento de efectuar la declaración de asegurabilidad, porque *«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»*.

Por otra parte, en SC 1º sep. 2010 exp. 2003-00400, reiterada en SC 25 mayo 2012 exp. 2006-00038-01, a manera de rectificación doctrinaria, dijo la Corte que *«la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, 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»*.

Acerca de la exigencia de practicar exámenes médicos para establecer el estado del riesgo traducido en las

¹⁵ En SC 11 abr. 2002 exp. 6825, también dijo la Corte que *«la reticencia no tiene por qué ser la causa del siniestro, dado que tal exigencia no la contempla ley»*.

condiciones de salud del asegurado o tomador, en SC 02 ago. 2001 exp. 6146 la Corte se refirió al tema en términos de facultad, y no de obligatoriedad, porque *«en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-»*, posición que fue reiterada en SC 26 abril de 2007. exp. 110013103022-1997-04528-01, CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01 y SC2803-2016.

Respecto a los seguros de vida, además, la Corte se ha pronunciado acerca de la inescindible relación entre los artículos 1058 que regula la reticencia y el 1158 del Código de Comercio, conforme al cual *«[a]unque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar»*. Así, en SC2803-2016, acotó que *«siendo optativa la realización de análisis y exámenes para verificar el estado de salud del asegurado, quien a su vez está compelido en virtud de la ley a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, no puede decirse que lo que calla lo asume irrestrictamente el asegurador» y más puntualmente, en CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01,*

Tratándose del estado del riesgo, no ofrece duda que el tomador de un seguro de vida tiene la carga de declararlo sinceramente (fase precontractual), según lo establece el artículo 1058 del Código de Comercio, y lo recalca, para que de ello no quede vacilación alguna, el artículo 1158 de la misma codificación, al precisar que, “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 de lugar” .

También es pertinente poner de relieve que esta Sala en SC 26 abr. 2007 exp. 1997-04528, al advertir la distorsión que efectuara el Tribunal de lo expresado por la

Corte en fallos anteriores sobre aspectos relacionados con las averiguaciones que podía hacer el asegurador en los seguros de vida, precisó que,

(..) no es que en toda hipótesis el matiz profesional de la actividad del asegurador destina los efectos de la ausencia de sinceridad del solicitante del seguro y por ende excluya de tajo la nulidad del seguro, como apuradamente lo concluyó el tribunal citando en apoyo el sobredicho pasaje del fallo; ni por asomo la Corte ha prohijado una tesis de semejantes alcances, ni allí ni en fallo de 2 de agosto de 2001, referido también por el ad-quem al sostener que pesando en el asegurador un deber de máxima diligencia y previsión, ningún efecto podía derivar de los vicios de la declaración de asegurabilidad del señor García Ordóñez.

Como fácil se ve, otro es el contenido de esa carga de diligencia impuesta en el asegurador, de la cual, por lo demás, habla la mentada sentencia de 2 de agosto de 2001, donde a propósito de un caso donde disputábase si la sanción de nulidad había de sobrevenir fatalmente no obstante que el asegurador tuvo elementos a la mano para dudar de la fidelidad de la declaración de ciencia otorgó la cobertura, precisó la Corporación que justamente en tales eventualidades obra ese conocimiento presunto que ataja la ineficacia del contrato, en particular sobre reparar en el jaez profesional que reviste la actividad que tales instituciones desempeñan en ese ámbito.

*Lo del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto “debido conocer” de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, **no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla**, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia -en últimas su profesionalismo, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de “los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”, por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (Negrita intencional).*

En ese escenario no es claro cómo pueda admitirse

que tan insigne característica del contrato de seguro, como lo es el principio de la ubérrima buena fe, se desfigure al amparo de disímiles argumentos como los que se encuentra en la inestable línea jurisprudencial trazada por las salas de revisión del órgano de cierre de la justicia constitucional, que propugna por menguar las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio, unas veces producto de la situación de «*debilidad manifiesta*» de los quejosos, otras en atención a la «*profesionalidad*» de la actividad aseguradora y la aparente «*posición contractual dominante*» de las compañías que la ejercen, algunas por el incumplimiento de exigencias propias de los «*seguros de salud*» o de «*medicina prepagada*» como los exámenes de salud previos y, recientemente, por la ausencia de prueba de la «*relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido*» (cfr. T-832 de 2010, T-151 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-437 de 2014, T-830 de 2014, T-316 de 2015, T-393 de 2015, T-452 de 2015, T-577 de 2015, T-684 de 2015, T-770 de 2015, T-024 de 2016, T-058 de 2016, T-240 de 2016, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-251 de 2017, T-442 de 2018, T-027 de 2019, T-061-2020, entre otras).

Tan variados planteamientos contradicen, sin la debida motivación, las precisiones que en su momento hiciera la Sala Plena de esa misma Corporación en la sentencia C-232 de 1997, al declarar «*exequible, **en su integridad**, el artículo 1058 del decreto ley 410 de 1971*», en cuyos apartes más representativos recordó que «*el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, **surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas**: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos*

y cada uno de los riesgos contratados, **que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe**», destacando, líneas más adelante, que «**en esta materia específica, a diferencia de lo que acontece en otras áreas de la regulación del contrato de seguro, en las que prima la defensa de tomadores y asegurados, se busca proteger el interés de la parte aseguradora, teniendo en cuenta que, en lo que se refiere al conocimiento precontractual del riesgo, el asegurador, por su natural ignorancia del mismo, es el contratante que está en la posición débil**» (Negritas ajenas al texto).

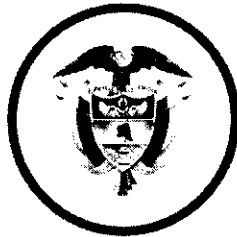
En estas condiciones, considero que si algún precedente de nuestra Homologa estaba llamado a servir de horizonte al momento de zanjar la suerte del litigio en cuestión era este, dado el carácter vinculante de la interpretación normativa plasmada en esa sentencia de control de constitucionalidad, condición que sin lugar a dudas no puede predicarse respecto de ninguna de las decisiones de tutela, con efectos *inter partes*, anteriormente enunciadas (cfr. arts. 243 C.N. y 48 Ley 270 de 1996).

De esta forma dejo planteadas las razones que me llevan a aclarar mi voto.

Fecha *ut supra*.

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

Magistrado Ponente

SC4904-2021

Radicación n° 66001-31-03-003-2017-00133-01

(Aprobado en sesión de diez de junio de dos mil veintiuno)

Bogotá, D.C., cuatro (4) de noviembre de dos mil veintiuno (2021).

Decide la Corte el recurso de casación formulado por la parte demandante frente a la sentencia proferida por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira el 18 de julio de 2019, dentro del proceso verbal de Francisco Alejandro Ochoa Noreña, Claudia Johana Ochoa Noreña y María Rubiela Noreña Orozco, contra Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A.

I. ANTECEDENTES

1.- Solicitaron los accionantes declarar la existencia y validez del contrato de seguro contenido en la póliza de vida grupo deudores Nro. 083-112481 otorgada por Suramericana, con cobertura básica de vida, invalidez,

desmembración, inutilización por accidente o enfermedad, cuyo tomador y beneficiario oneroso es Bancolombia y asegurado Juan Francisco Ochoa Correa (q.e.p.d.), y se ordene a la aseguradora cumplir lo allí pactado ante el fallecimiento del asegurado, *«por haber quedado saneada por el paso del tiempo la supuesta nulidad relativa por reticencia (...) y por no existir relación de causalidad entre esta inexactitud y la causa de la muerte»*.

En consecuencia, condenar a Seguros de Vida Suramericana S.A., a pagar a Bancolombia S.A., los saldos insolutos de todos los créditos aprobados, otorgados y desembolsados a favor de Juan Francisco Ochoa Correa que, al 18 de marzo de 2016, ascendían a \$1.400.000.000, por concepto de capital e intereses y, a su vez, Bancolombia les reembolse la misma suma que fuera pagada para cancelar todas las obligaciones a cargo del causante, con sus respectivos intereses.

En sustento de sus pedimentos, los gestores refirieron en forma detallada las distintas relaciones crediticias generadas entre su cónyuge y padre Juan Francisco Ochoa Correa con Bancolombia S.A., a partir de las cuales el primero suscribió en varias oportunidades unos formularios denominados *«solicitud individual y declaración de asegurabilidad para seguro vida deudores»*, y declaró que no sufría trastornos cardíacos.

Dichos créditos fueron amparados por póliza de vida grupo deudores Nro. 083-12481 otorgada por la aseguradora

demandada con cobertura básica de vida, invalidez, desmembración, inutilización por accidente o enfermedad, cuyo tomador y beneficiario oneroso era Bancolombia S.A., y asegurado Juan Francisco Ochoa Correa.

El 27 de enero de 2015 el señor Ochoa Correa falleció a causa de una insuficiencia respiratoria aguda y el 17 de febrero siguiente, los accionantes como cónyuge sobreviviente y herederos, radicaron en Bancolombia reclamación dirigida a Suramericana, respecto al cubrimiento de las obligaciones amparadas con dicha póliza, no obstante, el 25 de marzo de la misma anualidad, la aseguradora objetó el amparo aduciendo que existió reticencia por parte del asegurado porque desde 2001 tenía antecedentes cardiovasculares importantes (enfermedad coronaria, angioplastia, stent).

Si bien es cierto que existió omisión por parte del asegurado en declarar sus antecedentes cardiovasculares, también lo es que la aseguradora no podía negar el amparo solicitado porque el término de cinco (5) años que tenía para demandar y alegar la nulidad relativa del contrato por reticencia estaba prescrito respecto de cuatro de los desembolsos, y respecto de otros, no se presentó relación de causalidad entre el origen de la muerte y la reticencia.

Con el fin de obtener el cubrimiento de las obligaciones amparadas, los accionantes convocaron a las demandadas a audiencia de conciliación extrajudicial, la cual resultó fallida, según constancia emitida el 1° de abril de 2016.

Ante la negativa de la compañía de seguros en cubrir las obligaciones cubiertas con dicha póliza, los demandantes se vieron en la obligación de adquirir créditos por valor de \$1.400.000.000 con Bancolombia S.A., para pagar aquellos que figuraban a nombre del causante Ochoa Correa, todo lo cual les ha generado graves perjuicios patrimoniales.

2.- Enteradas de la demanda, las dos accionadas se opusieron y formularon excepciones de mérito.

2.1.- Seguros de Vida Suramericana S.A., en su defensa alegó, *«falta de legitimación en la causa por activa de los demandantes», «prescripción extintiva», «nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia», «inexistencia de obligación para el asegurador de demostrar cuál habría sido su actitud negocial de no haber mediado la reticencia», «ausencia de vínculo contractual por la nulidad, inexistencia e ineficacia del contrato de seguro», «inexistencia de subrogación frente al asegurador», «ausencia de cobertura por exclusión de preexistencias», «genérica», «prescripción y caducidad»* (fls. 159 – 180, c. 1).

2.2.- Bancolombia S.A., excepcionó *«falta de legitimación en la causa por pasiva», «incongruencia de la demanda», «culpa exclusiva de las deudoras», «ausencia de los requisitos de la responsabilidad civil contractual», «incongruencia de los presupuestos axiológicos de la responsabilidad civil aquiliana o extracontractual», «inexistencia de solidaridad entre Bancolombia S.A. y Seguros*

de Vida Suramericana S.A., e independencia entre ellas», «ausencia del daño», «ausencia de culpa», «buena fe y cumplimiento de lo pactado en el contrato de mutuo», «genérica o innominada» (fls. 301 a 317).

3.- El *a quo* declaró no probadas las excepciones propuestas y accedió a las pretensiones de la demanda. Concluyó que la póliza de seguro de vida grupo 03112481, asegurado Juan Francisco Ochoa Correa y beneficiario Banco de Colombia S.A., expedida por Seguros de Vida Suramericana S.A., se encontraba vigente al 27 de enero de 2015 y amparaba el pago de once obligaciones con el citado banco.

En consecuencia, condenó a la aseguradora a pagar la totalidad de las obligaciones adeudadas por el asegurado que fueron canceladas por María Rubiola Noreña Orozco en la suma de \$835.765.648 y por Claudia Johana Ochoa Noreña la cantidad de \$34.354.728; y se abstuvo de imponer condenas a Bancolombia S.A. (fls. 535 – 537, *ib*).

4.- Esa determinación fue recurrida en apelación por la parte actora y por la aseguradora (fl. 536, 538 – 546, *ib*).

5.- El Superior declaró desierto el recurso de los accionantes y al resolver el propuesto por su opositora, revocó el fallo impugnado. En su lugar, declaró próspera la excepción de prescripción propuesta por Seguros de Vida

Suramericana S.A. y negó las súplicas de la demanda (fls. 13 - 15, c. 2).

II.- FUNDAMENTOS DEL FALLO IMPUGNADO

La legitimación en la causa está acreditada, no puede desconocer el Tribunal que en específicos eventos el cónyuge y los herederos se encuentran legitimados para solicitar judicial o extrajudicialmente el cumplimiento del contrato de seguro de vida grupo deudores tomado por el acreedor, en procura de su propio beneficio a pesar de no haber hecho parte en la relación contractual, porque ante el impago por parte de la aseguradora, dicha actitud causa de rebote un perjuicio en el patrimonio del causante y, a su turno, en el de la herencia y la sociedad conyugal, tal y como lo ha sostenido la Corte en SC 15 dic. 2008, SC 05 oct. 2009 y SC 16 may. 2011.

El artículo 1081 del Código de Comercio consagra dos clases de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, la ordinaria de dos años y la extraordinaria de cinco; en cada caso concreto debe identificarse el tipo de sujeto y su condición para determinar cuál de los dos términos le es aplicable.

De las pruebas que obran en el expediente se puede constatar que el señor Juan Francisco murió el 25 de enero de 2015 y era esposo y padre de los demandantes; el 17 de febrero de 2015 los actores radicaron la reclamación ante la aseguradora por conducto de Bancolombia S.A., solicitando

el cubrimiento de las obligaciones amparadas; la objeción de la aseguradora acaeció el 25 de marzo de 2015 y la conciliación extrajudicial en derecho se declaró fallida el 31 de marzo de 2016. En esas condiciones, era aplicable la prescripción ordinaria de 2 años y no la de 5 años que tuvo en cuenta el *a quo* sin sustento alguno.

Como los demandantes son personas capaces, de acuerdo con la doctrina de la Corte Suprema de Justicia, el término prescriptivo debe contabilizarse a partir de la fecha en que hayan tenido conocimiento del hecho, y en el proceso quedó evidenciado que conocieron o debieron conocer de la muerte de su padre y cónyuge en el momento en que aconteció, y ello debió ser así porque a los pocos días -17 de febrero de 2015- presentaron reclamación a Suramericana S.A., de manera que los dos años contaban desde el 25 de enero de 2015, fecha en que debieron conocer el siniestro, a menos que se hubiera presentado alguna circunstancia de interrupción natural o civil, antes de que se consumara el término extintivo, cosa que no ocurrió pues la aseguradora no ha reconocido de ninguna manera el débito y la demanda se presentó cuando ya había transcurrido ese lapso.

Tampoco ocurrió la suspensión, dado que la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho fue presentada el 1° de marzo de 2016 y se declaró fallida el 31 de marzo siguiente, de manera que el término se suspendió por un mes y aunque se extendió hasta el 25 de febrero de 2017, no tuvo

trascendencia dado que la demanda se presentó el 5 de mayo de 2017.

Así las cosas, deviene necesario el reconocimiento de la excepción de prescripción alegada en la contestación de la demanda, que apareja la prosperidad del recurso; se resalta que el estudio del *a quo* a ese respecto, da cuenta de un desconocimiento evidente del tema por cuanto partió de que la prescripción aplicable era la extraordinaria y no la ordinaria, como aquí se analizó.

III.- DEMANDA DE CASACIÓN

CARGO ÚNICO

Con soporte en la causal primera del artículo 336 del Código General del Proceso, se acusó la sentencia de ser violatoria de manera directa de la ley sustancial, particularmente, de los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del Código de Comercio, por interpretación errónea y aplicación indebida, así como de los preceptos 1144, 1131 y 822 *ejusdem*, 1602 y 1604 del Código Civil (fls. 7 - 36, *ib.*).

Para la censura el Tribunal se equivocó al concluir que la prescripción ordinaria era la que debe regir respecto del cónyuge y herederos del asegurado fallecido que ejercitan la acción contra la aseguradora, cuando en estos casos la pertinente es la extraordinaria. En respaldo de esta tesis, en síntesis, se expone:

Los demandantes ejercieron «acción directa» contra la aseguradora en su calidad de terceros relativos en el contrato de seguro, como «perjudicados en sus patrimonios, por tanto con un interés propio y directo, habida cuenta que por no haber pagado Seguros de Vida Suramericana el valor del siniestro, se vieron obligados a asumir la obligación frente al Bancolombia para no ser ejecutados, dada su calidad de cónyuge y herederos del finado deudor asegurado», y en este caso el Tribunal no puso en duda su legitimación, por el contrario, reafirmó su interés para accionar el pos de evitar un menoscabo patrimonial.

Sin embargo, el *ad quem* empleó un raciocinio equivocado sobre el alcance interpretativo de los incisos 2° y 3° del artículo 1081, para hallar procedente el primero, desconociendo que «no es un criterio contenido en la norma para ser aplicado a la acción que intenten terceros perjudicados» y «por el hecho de que sean capaces y tuvieron conocimiento del hecho, no puede concluirse que la prescripción aplicable sea la ordinaria», puesto que ésta atañe al tomador, asegurado, asegurador o beneficiario, mientras que la extraordinaria, al referirse a «toda clase de personas», hace referencia a los «beneficiarios indeterminados, es decir, a las terceras víctimas del siniestro», como lo son en este caso los gestores.

Si bien la ley no regula este punto, por razones obvias, dado que para la época de redacción de la norma los terceros al contrato de seguro no estaban legitimados para efectuar reclamación, la jurisprudencia sí lo hace respecto de una

acción bastante similar en su etiología, concedida también a terceros por la Ley 45 de 1990 que modificó el artículo 1131 del Código de Comercio, para entender que en esos eventos opera la prescripción extraordinaria, raciocinio que es pertinente respecto de la acción que dio origen a este proceso, en la medida que,

(...) tan terceros son la viuda y los herederos en el seguro grupo de deudores, como lo son las víctimas en los seguros de responsabilidad civil. Por tanto, la misma construcción argumentativa que hace la doctrina y que ha hecho la Corte Suprema en pasadas decisiones para concluir que la prescripción pertinente en la acción directa es la extraordinaria; es predicable a la acción directa de los herederos y la cónyuge en el seguro grupo de deudores.

De ahí, que el hito a considerar también en estos eventos, debe ser el acaecimiento del hecho externo y no el conocimiento efectivo que de aquel pudiera tener la víctima, tal y como lo concluyó la Corte tratándose de la acción directa, en CSJ SC 29 jun. 2007, extensiva a este evento.

En suma, erró el Juzgador al aplicar a la solución del caso los términos de la prescripción ordinaria, cuando tratándose de terceros relativos ha debido darles el tratamiento que emerge de la prescripción objetiva, que es la que corre, a partir del acaecimiento del hecho, «*contra cualquier clase de personas y no contra quienes fueron parte en el contrato de seguros, a quienes se les aplicaría la prescripción ordinaria*», siendo esa la interpretación lógica del alcance del artículo 1081 del Código de Comercio, en el seguro grupo de vida deudores, en consideración a la acción que le corresponde a la viuda y a los herederos del asegurado.

La interpretación que el Tribunal le dispensó al artículo 1081 del Código de Comercio es errada porque dicha norma no prevé que *«a los terceros, la viuda y los herederos que ejercitan una acción directa contra la aseguradora, se les aplique la prescripción ordinaria»*, por lo que, a efectos de llenar ese vacío legal, ha debido realizar un razonamiento interpretativo más amplio a partir de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia para el evento de la acción directa en el seguro de responsabilidad civil, por concernir al término de prescripción más amplio, y porque al ser objetivo corre contra todo el mundo a partir del acaecimiento del hecho, es decir, contra terceros. No obstante, lejos de efectuar una argumentación encaminada a llenar ese vacío, optó por aplicar la prescripción ordinaria.

CONSIDERACIONES

1.- La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro puede ser ordinaria o extraordinaria; la primera es de dos años y empieza a correr *“desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”*; la segunda, es de cinco años, y corre *“contra toda clase de personas”* y empieza a contarse *“desde el momento en que nace el respectivo derecho”*, términos que, por expresa disposición legal, no pueden ser modificados por las partes (art. 1081 C. de Co.).

En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza

subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “*el hecho base de la acción*” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años¹.

Dada la amplitud del referido texto normativo, *prima facie*, no es factible circunscribir a las distintas tipologías de acciones aseguraticias, ninguno de estos modelos de prescripción en particular. De ahí, que, en principio, todas las acciones derivadas del contrato de seguro pueden verse afectadas por la prescripción ordinaria cuyo carácter subjetivo, impone reparar, en cada caso, tanto la calidad de la persona promotora de la acción, como su posición en relación con el hecho que dio origen a la misma o con el derecho que persigue, con miras a determinar si su reclamación se rige por aquella o, en caso contrario, por la extraordinaria, dada la connotación objetiva de la última.

En ese sentido, según se precisó en CSJ SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01, estas dos formas de prescripción son independientes, autónomas y pueden transcurrir simultáneamente, de modo que, «*adquiere materialización jurídica la primera de ellas que se configure. Ahora bien, como la extraordinaria aplica a toda clase de personas y su término*

¹ Cfr. SC 19 feb. 2002, exp. 6011, SC 31 jul. 2002, exp. 7498, SC 19 feb. 2003 y SC130-2018, entre otras.

inicia desde cuando nace el respectivo derecho (objetiva), ella se consolidará siempre y cuando no lo haya sido antes la ordinaria, según el caso».

Por otra parte, en CSJ SC 19 feb. 2003, reiterada entre otras en SC130-2018, en punto al genuino sentido del artículo 1081 del Código de Comercio, se precisó,

(...) "Síguese de lo anterior que, por tanto, no es elemento que sirva para distinguir esas dos especies de prescripción, que una y otra se apliquen sólo a ciertas acciones derivadas del contrato de seguro o de las normas que lo regulan, esto es, que la prescripción ordinaria cobre vigencia únicamente en relación con determinadas acciones y que la extraordinaria, a su paso, tenga cabida frente a otras. Como con claridad suficiente lo consagra el inciso 1° del precepto que se analiza, 'La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen...', de todas ellas por igual, reitera la Corte 'podrá ser ordinaria y extraordinaria'. Cabe afirmar, entonces, que todas las acciones de que se trata son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria, ora por prescripción extraordinaria, y que, por tanto, la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue. (subraya intencional):

2.- Respecto al extremo temporal a partir del cual despunta el término extintivo, especial referencia merece la hermenéutica de las locuciones previstas por el legislador en el artículo 1081 del Código de Comercio, concernientes a tener «conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento que nace el respectivo derecho», que, según lo ha precisado esta Sala, no tienen ninguna diferencia sustancial más allá de su redacción, sino que corresponden a una misma idea, y así lo expuso desde la paradigmática SC 07 jul. 1977, y lo siguió reiterando en sus posteriores

pronunciamientos, como por ejemplo, en CSJ SC 12 feb. 2007, exp. 1999-00749-01, en la que reiteró la SC 3 may. 2000, exp. 5360, al puntualizar,

[L]as expresiones “tener conocimiento del hecho que da base a la acción” y “desde el momento en que nace el respectivo derecho” (utilizadas en su orden por los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del C. de Co.) comportan ‘una misma idea’², esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’ ”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad³, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria (...).

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en

² La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

³ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.

3.- Para la censura, el Tribunal erró en la interpretación del artículo 1081 del Código de Comercio, porque dicha norma no prevé que *«a los terceros, la viuda y los herederos que ejercitan una acción directa contra la aseguradora, se les aplique la prescripción ordinaria»*, por lo que, a efectos de llenar ese vacío legal, ha debido realizar un razonamiento interpretativo más amplio a partir de la jurisprudencia de la Corte para el evento de la acción directa en el seguro de responsabilidad civil, por concernir al término de prescripción más amplio, y porque al ser objetivo corre contra todo el mundo, es decir, contra terceros.

En este segmento del embate, se incurre en el defecto previsto en el numeral 2° del artículo 346 del Código General del Proceso, consistente en plantear *«cuestiones de hecho o de derecho que no fueron invocadas en las instancias»*, comoquiera que, en ninguna de las etapas ordinarias del juicio, los accionantes invocaron como sustento de su réplica a la excepción de prescripción extintiva alegada por Seguros de Vida Suramericana S.A., la existencia de un vacío normativo por falta de regulación en el artículo 1081 del Código de Comercio de su condición de *«terceros relativos»*, que ameritara una extensión de la hermenéutica que la Corte ha dispensado a los artículos 1131 y 1133 del mismo

estatuto, en lo tocante a la acción directa establecida a favor de las víctimas en los seguros de responsabilidad.

Aunque ese defecto relevaría a la Corte de pronunciarse sobre dicho tópico de la impugnación, no sobra señalar lo infundado que el mismo resulta, por lo siguiente:

Lo primero que se advierte es que ningún vacío normativo puede predicarse por el hecho de que una norma de redacción tan amplia como el artículo 1081 *ibídem*, no se refiera expresamente a todas las acepciones que pueda tener el vocablo «*interesado*» a que alude en su inciso 2°, y mucho menos que de esa eventual omisión pueda deducirse que quienes, de acuerdo con las normas que disciplinan el contrato de seguro no tengan tal calidad, queden cobijadas por la modalidad de prescripción extraordinaria.

Está fuera de discusión que, en principio, solo son «*interesados*» las personas que derivan algún derecho del contrato de seguro, entre los que estarían el asegurador y el tomador (art. 1037 C. de Co), así como el asegurado y el beneficiario (art. 1047, num. 3° *ib.*), no obstante, tratándose del seguro de vida grupo, tal y como a lo largo del proceso con vehemencia lo resaltaron los accionantes y lo ratificó el Tribunal, por construcción jurisprudencial se ha reconocido la legitimidad de los cónyuges y herederos de los asegurados para demandar el cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, pese a no tener la calidad de contratantes.

Lo anterior, por cuanto el principio de la relatividad de los contratos no es absoluto y si la inejecución de un negocio jurídico puede beneficiar o afectar indirectamente otros patrimonios, *«se tiene aceptado que los terceros interesados se encuentran facultados para velar por la suerte del mismo. Es el caso, entre otros, del cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, (...) quienes en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde»*. (SC15 dic. 2008, exp. 2001-01021-01).

Desde esa perspectiva, no llama a duda que en esta causa los demandantes tenían la condición de terceros interesados en promover la acción derivada del contrato de seguro para su propio beneficio y fue con soporte en la mencionada línea jurisprudencial, que el *ad quem* dio por acreditada su legitimación por activa. Habiendo obrado al amparo de ese legítimo interés, resulta inadmisibile que ahora, por esta vía extraordinaria, aduzcan su condición de terceros para cuestionar la senda de la prescripción considerada por el juzgador, en total desconocimiento de la doctrina jurisprudencial por ellos mismos invocada para sustentar su reclamación judicial.

Se memora, además, que el sentido de la expresión *«contra toda clase de personas»* contenida en el inciso 3° del artículo 1081 *ejusdem*, no hace referencia a los terceros, como lo afirman los recurrentes, pues tal y como lo ha analizado la Corte al tamiz de los artículos 2530 y 2541 del Código Civil, con esa expresión se entiende que la prescripción

extraordinaria corre incluso en contra de los incapaces. Así, en CSJ SC 3 may. 2000, exp. 5360, dijo la Sala,

Puntualización adicional requiere la distinción entre una y otra especie de prescripción, por cuanto a términos del referido artículo 1081 del C. de Co., los cinco años que se exigen para la extraordinaria correrán “contra toda clase de personas”; mandato este último cuyo alcance definió la Corte al sostener que “La expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aún contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento...” del hecho que da base a la acción (sentencia citada de 7 de julio de 1977), esto es, en los casos de los ejemplos analizados, que el término de la prescripción extraordinaria corre, según el evento, desde el día del siniestro, o desde cuando se perfeccionó el contrato viciado por una reticencia o inexactitud, háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso, como sí sucede con la ordinaria (artículo 2530 del C.C.). (...)

Resulta por ende de lo dicho, que los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo cual dicho término se suspende en relación con los incapaces (artículo 2541 C.C.), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquél hecho; mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, como a espacio se refirió, y siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria.

Con posterioridad, en SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01, con mayor holgura se refirió el alcance de esa expresión, en los siguientes términos,

En lo que atañe a las personas cuyas acciones o derechos pueden extinguirse por el fenómeno de que se trata, la norma en comento advirtió, en relación con la prescripción extraordinaria, que ella “corre contra toda clase de personas” (Se subraya), entendimiento que permite colegir, de un lado, que la ordinaria -sobre la cual, en el punto, la norma no consagró ninguna advertencia especial- no opera contra los incapaces, en tanto que la extraordinaria, por el contrario, sí aplica respecto de ellos, es decir, se itera, de “toda clase de personas”.

*Esa fue la inteligencia que la Corte, desde su sentencia de 7 de julio de 1977, ha venido dando a la mencionada locución del inciso 3° del artículo 1081 del Código de Comercio. En dicho fallo, se precisó que “El -término, se aclara- de la extraordinaria comienza a correr ‘contra toda clase de personas... desde el momento en que nace el respectivo derecho’, expresión ésta que sin duda alguna equivale a la que emplea el segundo inciso del artículo que se comenta. El derecho a la indemnización nace para el asegurado o para el beneficiario, en su caso, en el momento en que ocurre el hecho futuro e incierto a que estaba suspensivamente condicionado, o lo que es lo mismo, cuando se produce el siniestro...La expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aun contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro...el legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea, como ocurre con las que aparecen en los incisos 2° y 3° del artículo 1081, acaso para no incurrir en repeticiones o para destacar lo que se expuso respecto de los incapaces en el párrafo anterior,...” (G.J. CLV, p. 153; se subraya).
(...)*

*Por tanto, la expresión “contra toda clase de personas”, que en relación con la prescripción extraordinaria contempla el inciso 3° del tantas veces citado artículo 1081 del estatuto mercantil, no tuvo por fin circunscribir esa precisa forma de extinción de las acciones, a una o unas específicas y, mucho menos, a las que surjan con ocasión del seguro de daños, **como tampoco significa que esa modalidad prescriptiva sólo opera respecto de ciertos interesados, en particular los beneficiarios, pues la amplitud del precepto deja en claro que ambas clases de prescripción, por regla, se aplican a la generalidad de las acciones que tienen fuente en el negocio aseguratorio o en la normatividad a que él está sometido y que operan en pro o en contra de todo interesado,** no siendo entonces de recibo en esta materia la hermenéutica que efectúa el censor en su demanda casacional, como se anticipó. (Negrilla fuera del texto).*

Por otra parte, no puede soslayarse que el hito previsto en el artículo 1131 del Código de Comercio para computar la prescripción respecto de la víctima, es decir, *«el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado»*, solo puede ser invocado en los seguros de responsabilidad civil y armoniza con lo previsto en el artículo 1133 *ibídem*, a cuyo tenor, en esa clase de seguros *«los damnificados tienen acción*

directa contra el asegurador», cuya finalidad se orienta a la defensa del damnificado para que el asegurador le indemnice el daño que le provocó su asegurado, mediante un mecanismo que garantiza de manera más efectiva el cumplimiento de ese propósito.

Respecto al contenido del artículo 1081 del Código de Comercio y su relación con la norma especial que regula la prescripción de la mencionada acción directa, en CSJ SC 25 may. 2011, exp. 2004-00142-01, en la cual se reiteró el criterio expuesto en SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01, la Corte, tras efectuar una reseña de su propia jurisprudencia, puntualizó:

(...) el artículo 1131 idem, concerniente, igualmente, con el instituto de la prescripción, concretamente, con el seguro de responsabilidad civil, fijó un referente adicional que, sin duda, incide decididamente en la clase de extinción del derecho y el destinatario de la misma. A partir de esta concurrencia normativa fueron naciendo importantes criterios sobre qué clase de prescripción debía aplicarse a la víctima y desde cuándo contaba el mismo.

(...)

De la evocación efectuada surgen prontamente y sin dubitación alguna, postulados de las siguientes características: i) la prescripción prevista en el artículo 1131 del C. de Co., en tratándose de un seguro de responsabilidad civil, cuando la víctima acciona es, sin duda, de cinco años, o sea, la extraordinaria; ii) que, por lo mismo, la consagración de dicho aspecto temporal deviene, claramente, demarcada por matices objetivos y no subjetivos; iii) esto último significa que el término cuenta a partir del acaecimiento del siniestro o el hecho imputable al asegurado, independientemente que lo haya conocido o no el afectado; además, corre frente a toda clase de personas, inclusive los incapaces.

Aflora así mismo y de manera incontestable, que tratamiento normativo de semejante talante impone la concurrencia de un elemento imprescindible, definitivo, en verdad, para fijar el sentido de la decisión reclamada, como es que la víctima haya sido quien acometió la acción judicial en contra de la aseguradora, o sea, comporte el ejercicio de un accionar directo (artículos 84 y 87 de la

Ley 45 de 1990); en otros términos, los efectos favorables que el actor pretende derivar de la norma invocada podrán producirse siempre y cuando la litis involucre como demandante al agredido y como demandada a la aseguradora y, por supuesto, concierna con el seguro de responsabilidad civil (...). (Subraya intencional):

A partir de las anteriores premisas, es irrefutable que la exégesis de los artículos 1131 y 1133 del Código de Comercio es por completo ajena a la definición del problema jurídico resuelto en este asunto por el Tribunal en punto a la prescripción de la acción derivada de un contrato de seguro, por la prístina razón que la acción directa es una institución propia del seguro de responsabilidad civil, en asuntos en los cuales la litis involucre como convocante a la víctima en contra de la aseguradora en procura de obtener el resarcimiento del daño irrogado por el asegurado, que de ninguna manera podía extrapolarse a una controversia sobre seguros de personas como fue la que originó el presente proceso, en su modalidad de «seguro de vida grupo» cuya finalidad y fundamento son sustancialmente distintos.

Significa lo anterior, que el Tribunal no pudo trasgredir el artículo 1131 del Código de Comercio por falta de aplicación, porque esa no era la norma que debía regir la solución de la controversia.

4.- Francisco Alejandro Ochoa Noreña, Claudia Johana Ochoa Noreña y María Rubiela Noreña Orozco, aduciendo su calidad de hijos y cónyuge sobreviviente de Juan Francisco Ochoa Correa, ejercieron su derecho de acción en contra Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A.,

invocando la efectividad de la póliza de seguro grupo deudores 083-112481, en cual la entidad financiera fue tomadora y beneficiaria onerosa, y el fallecido, el asegurado.

Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria, como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.

Ante la contundencia de la anterior inferencia, ningún yerro *iure* podría predicarse de la interpretación ofrecida por el sentenciador a los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del Código de Comercio, ni a su aplicación para la definición de la controversia. De manera que no se demostró vulneración del ordenamiento jurídico, toda vez que el criterio acogido por el juzgador de segundo grado, a partir de la norma jurídica que contempla el término para promover *«las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen»*, es el jurídicamente aceptado.

En suma, no prospera el cargo.

5.- Como la decisión es adversa a los recurrentes, se les condenará en costas, de conformidad con el artículo 349 del

Código General del Proceso. Para su cuantificación se tendrá en cuenta que las demandadas se pronunciaron dentro del término de traslado.

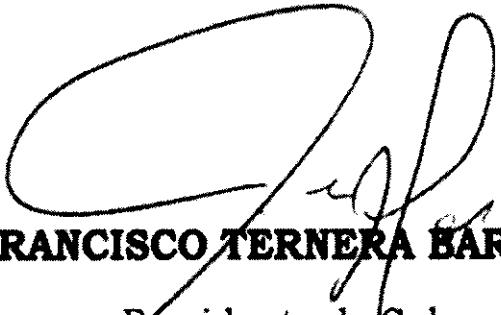
IV.- DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **NO CASA** la sentencia proferida por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira el 18 de julio de 2019, dentro del proceso verbal de Francisco Alejandro Ochoa Noreña, Claudia Johana Ochoa Noreña y María Rubiela Noreña Orozco, contra Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A.

Se condena en costas a los impugnantes. Por concepto de agencias en derecho, se fija la suma de seis millones de pesos (\$6.000.000), a favor de la parte demandada.

Devuélvase el expediente al Tribunal de origen.

Notifíquese


FRANCISCO TERNERA BARRIOS
Presidente de Sala

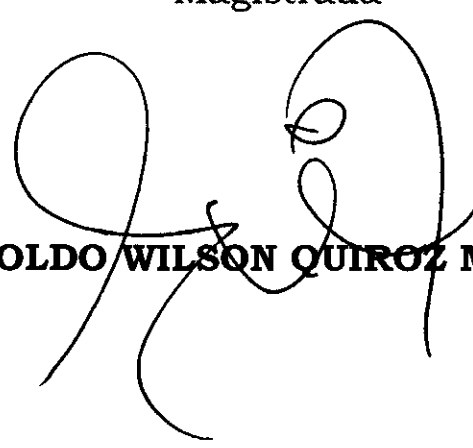


ALVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

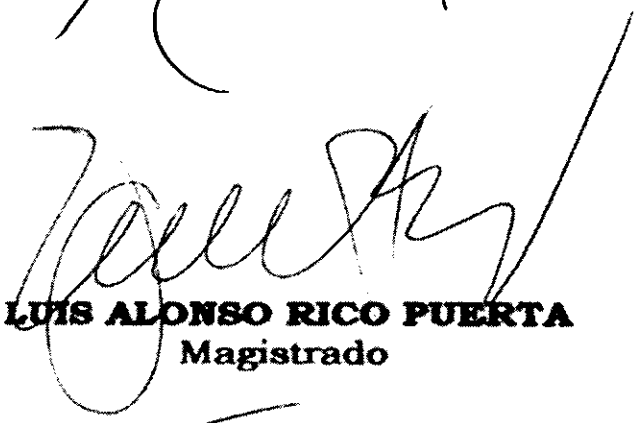


HILDA GONZÁLEZ NEIRA

Magistrada

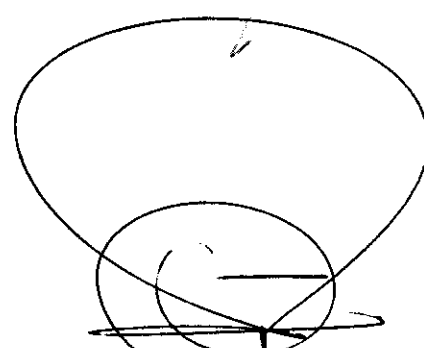


AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

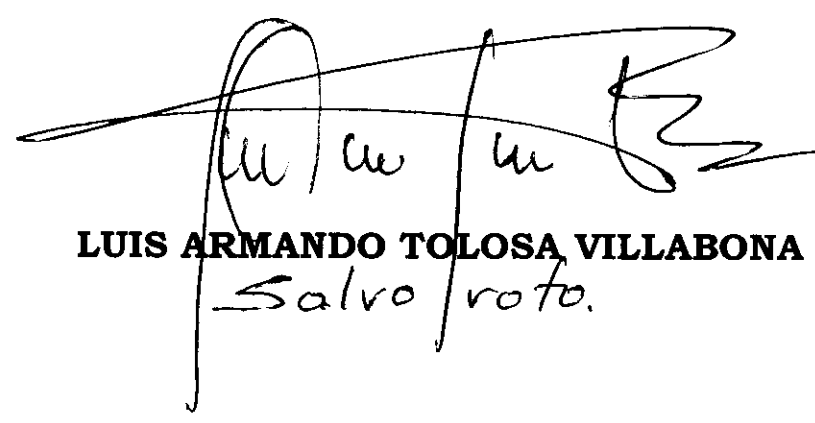


LUIS ALONSO RICO PUERTA

Magistrado



OCTAVIO AUGUSTO TEJERO DUQUE



LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

Salvo voto.



República de Colombia
Corte Suprema de Justicia
Sala de Casación Civil

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
SALVAMENTO DE VOTO

Radicación n.º 66001-31-03-003-2017-00133-01

1. Con el acostumbrado respeto que siempre he observado por la Sala y por esta Corte de Casación, me veo en la imperiosa necesidad de salvar mi voto, por cuanto no comparto la decisión adoptada en el fallo de la referencia, ni los argumentos basilares sobre los cuales ésta se edificó, porque desnaturalizó los conceptos: partes del contrato de seguro, terceros ajenos al convenio, prescripción extintiva en materia de seguros, entre otros, como circunstancias axiales para determinar el fenómeno jurídico aplicable al caso, desconociendo el significado literal y natural del artículo 1081 del Código de Comercio.

Para sustentar mi voto divergente, abordaré en forma liminar y sucinta la cuestión fáctica para advertir y entender las fuertes razones por las cuales me aparto; enseguida, hago la exposición de los motivos que soportan mi disenso.

2. Los hechos relevantes, base del litigio sometido al escrutinio de la Sala, son los siguientes:

2.1. María Rubiela Noreña Orozco, Francisco Alejandro, y Claudia Johana Ochoa Noreña, promovieron proceso verbal frente a Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A., solicitando declarar la existencia y validez del contrato de seguro contenido en la póliza de vida grupo deudores No. 083-112481. En consecuencia, condenar a la entidad bancaria, a reembolsarles la cobertura de las obligaciones por ellos asumidas en cuantía de \$1.400.000.000.

2.2. En respaldo de sus pretensiones, arguyeron que las relaciones crediticias generadas entre Juan Francisco Ochoa Correa y Bancolombia S.A., estaban amparadas con la póliza de seguro de vida grupo, cuyo tomador y beneficiario oneroso era Bancolombia S.A., y el asegurado Juan Francisco Ochoa Correa, quien declaró que no sufría trastornos cardíacos.

El 27 de enero de 2015, falleció el asegurado a causa de una insuficiencia respiratoria aguda y el 17 de febrero siguiente, los promotores -cónyuge sobreviviente e hijos-, reclamaron ante la aseguradora por conducto de Bancolombia, la cobertura de las obligaciones amparadas; sin embargo, el 25 de marzo posterior, Suramericana S.A. la objetó, aduciendo reticencia por parte del asegurado, quien desde el 2001, tenía antecedentes cardiovasculares. La conciliación extrajudicial en derecho se declaró fallida el 31 de marzo de 2016.

Frente a la negativa de la compañía de seguros de cubrir las obligaciones amparadas con la mencionada póliza, los demandantes se vieron compelidos a adquirir créditos por valor de \$1.400.000.000 con Bancolombia S.A., para pagar las acreencias que figuraban a nombre del causante, situación que les generó graves perjuicios patrimoniales.

2.3. El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pereira, en fallo adiado de 13 de julio de 2018, accedió a las súplicas. Esa determinación, fue revocada en sede de apelación, por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, el 18 de julio de 2019, para en su lugar, declarar próspera la excepción de prescripción propuesta por Seguros de Vida Suramericana S.A. y negar las súplicas de la demanda.

El colegiado expuso como *ratio decidendi* central, que los demandantes eran personas capaces, por tanto, el término prescriptivo aplicable era el ordinario de dos años contemplado en el artículo 1081 del Código de Comercio, el cual debía computarse a partir de la fecha del conocimiento del siniestro, esto es, desde el 25 de enero de 2015 y, como la fecha de presentación del libelo tuvo lugar el 5 de mayo de 2017, transcurrió el término prescriptivo.

2.4. La Corte, tras desatar el único cargo formulado por los actores, estimó que no había lugar a casar. En lo medular, tras razonar:

“(...) [N]o llama a duda que en esta causa los demandantes tenían la condición de terceros interesados en promover la acción derivada del contrato de seguro para su propio beneficio”.

“En el caso examinado, [los actores], aduciendo su calidad de hijos y cónyuge sobreviviente de Juan Francisco Ochoa Correa, ejercieron su derecho de acción en contra de Seguros de Vida Suramericana S.A. y Bancolombia S.A., invocando para el efecto la efectividad de la póliza de seguro grupo deudores 083-112481, en la entidad financiera actuó como tomadora y beneficiaria onerosa, y el fallecido, como asegurado.

Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria, como en efecto lo advirtió el Tribunal para arribar a la conclusión de que para la fecha en que presentaron la demanda había fenecido la acción.

Ante la contundencia de la anterior conclusión, ningún yerro iure podría predicarse de la interpretación ofrecida por el sentenciador a los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del Código de Comercio, ni a su aplicación para la definición de la controversia (...)” (subrayado para destacar).

3. Disiento, como ya lo adelanté, pues aceptar esa postura, desconoce numerosos preceptos legales que *contrario sensu*, afirman la pretensión de los demandantes en el litigio cuestionado, y son mis consideraciones, las siguientes:

4. Del contrato de seguro

Las disposiciones que regulan el contrato de seguro están contenidas en el Título V, Capítulos I a III, artículos 1036 y S.S. del Código de Comercio (Decreto 410 de 1971).

La experiencia ha demostrado que el vínculo de seguro posee un contenido tan heterogéneo que resulta extremadamente difícil reducirlo a un concepto unitario y global comprensivo de todos los tipos de seguro existentes en el mercado y de aquéllos que nacen a diario según las necesidades de los particulares. De ahí que el legislador haya preferido no dar una definición de tal convenio y se concentrara en exponer sus principales características en el precepto 1036 *ídem*, al señalar que es (consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva); y, se perfecciona en el momento que el asegurador suscribe la póliza. Otro canon, el 1045 *ejusdem*, determina como elementos esenciales: el interés asegurable (art. 1083 y 1137); el riesgo asegurable (art.1054); la prima o precio del seguro (art. 1066); y la obligación condicional del asegurador que se convierte en real con el siniestro (art. 1072).

Ha sido, entonces, labor de la jurisprudencia y la doctrina ofrecer definiciones que hasta el momento no han estado exentas de críticas, por mucho que logren aproximarse a la esencia de tal instituto. Así, por ejemplo, existen definiciones doctrinales bastante generales que, si bien, abarcan la mayoría de estos contratos, no explican algunos rasgos específicos de ciertas modalidades de seguro. Tal es el caso de la descripción de JOAQUIN GARRIGUÉS, para quien el “(...) *seguro es un contrato sustantivo y oneroso por el cual una persona –el asegurador– asume el riesgo de que ocurra un acontecimiento incierto, al menos en cuanto al tiempo, obligándose a realizar una prestación pecuniaria*

*cuando el riesgo se haya convertido en siniestro (...)*¹.

La jurisprudencia de esta Corte, por su parte, ha sostenido:

*“(...) [E]l seguro es un contrato por virtud del cual una persona – el asegurador– se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al asegurado los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de ‘daños’ o de ‘indemnización efectiva’, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro’ (...)*²”.

Tal definición parte de la acostumbrada distinción – acogida por nuestra legislación comercial– entre seguros de daños y seguros de personas, y si bien logra abarcar una gran generalidad de contratos de seguro, no alcanza a explicar ciertas particularidades del seguro de vida de grupo de deudores (materia de la controversia que se dejó a la consideración de esta Sede), cuyo sello característico amerita un examen detallado de esta modalidad aseguraticia.

La Sala en SC de 30 jun. 2011, recogió la siguiente definición de este contrato, según la cual en el seguro de deudores *“(...) el acreedor –quien funge como tomador– puede adquirir una póliza ‘individual’ o ‘de grupo’, para que la aseguradora, a cambio de una prima, cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor –que toma la calidad de*

¹ GARRIGUÉS, Joaquín. *Curso de derecho mercantil*. Tomo IV. Bogotá: Editorial Temis, 1987. p. 258.

²CSJ SC de 11 de octubre de 1995, exp. 4470 M.P. Carlos Esteban Jaramillo Schloss, citada, entre otras, en SC de 19 dic. 2009, rad. 2000-00075-01, SC 6709-015 de 28 de mayo de 2015, rad. 2000-00253-01.

asegurado–, y en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito, pero nunca más (...)³.

Tanto esta Corte, en la citada sentencia, como un amplio sector de la doctrina han aclarado que “(...) en esta tipología de seguros no se cubre el incumplimiento de la prestación pactada, esto es que no se trata de una forma de seguro de crédito en el cual el riesgo esté constituido por la imposibilidad de obtener el pago ante la muerte o incapacidad permanente del deudor», [es decir que este seguro] “cubre el riesgo consistente en la muerte del deudor, así como su eventual incapacidad total o permanente (...)⁴”.

Sin embargo, aunque el riesgo recae en la vida del deudor –pues el suceso incierto de su muerte es lo que origina el pago de la prestación adquirida por el asegurador, no puede negarse que este seguro participa de cierta naturaleza indemnizatoria que se patentiza en el perjuicio económico que puede llegar a sufrir el acreedor y que indudablemente constituye tanto el interés asegurable como la causa final de este convenio. Luego, aunque el siniestro se configura con la muerte o invalidez total del deudor, en realidad no es su integridad personal lo que al banco le interesa asegurar, sino el recaudo efectivo de su crédito, es decir, proteger su patrimonio del eventual perjuicio que pudiera causarle la muerte de su deudor, lo que en sentido estricto corresponde a una prestación resarcitoria.

³ CSJ. Civil. Sentencia de 30 de junio de 2011, exp. 1999-00019-01. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

⁴ Citada entre otras en CSJ. Civil. Sentencia de 28 de mayo de 2015, Rad. n° 11001-31-03-031-2000-00253-0. M.P. Jesús Vall de Rutén Ruiz.

La anterior afirmación, aunque en principio parezca poco ortodoxa, no resulta contraevidente y, en cambio, encuentra un sólido apoyo argumentativo en la ley y en los hechos, tal como a continuación se expone; por ello, es más convincente que la explicación dada hasta ahora por la jurisprudencia, consistente en que el seguro de vida de grupo de deudores pertenece exclusivamente a la categoría de los seguros de personas porque de otro modo se asemejaría a un seguro de daños, lo cual constituye una falacia de petición de principio que no resuelve el problema, pues cae en la simplicidad de aseverar que es un seguro de personas porque es un seguro de personas.

“(...) [E]l específico riesgo asumido por la compañía de seguros en la póliza objeto de litigio [-ha dicho esta Sala-], no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, porque si así fuera podría inferirse que la póliza pactada con un riesgo de tal configuración tendría una connotación patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito. Lo que se aseguró es lisa y llanamente el suceso incierto de la muerte del deudor, independientemente de si el patrimonio que deja permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista (...)”⁵.

El razonamiento que debe hacerse a fines de consolidar una teoría coherente y racional de este instituto no es si el concepto actual del seguro de vida de deudores se ciñe o no a la doctrina vigente, sino si la descripción formal de este tipo de seguro se amolda de manera precisa y satisfactoria a su realidad fáctica, a partir de la función económico-social que cumple esta especie de contrato.

A diferencia del Código de 1887, que centraba el concepto de interés asegurable en el objeto asegurado (Art.

⁵ CSJ. Civil. Sentencia de 29 de agosto de 2000, Exp. 6379. M.P. Jorge Santos Ballesteros.

642, inc. 2º), y lo atribuía a la persona “interesada” en su conservación, el estatuto vigente va más allá de la relación entre el titular del derecho y el objeto asegurado, y pone mayor énfasis en el patrimonio (activos y pasivos) presente y futuro de quien pueda resultar perjudicado con la realización del riesgo, aún en los seguros personales.

De conformidad con lo estipulado por el artículo 1137 del Código de Comercio, en los seguros de personas se puede tener interés asegurable no sólo en la propia vida (numeral 1º), sino además *“en la de las personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos”* (inciso 2º) y *“en la de aquéllas cuya muerte o incapacidad puedan aparejarle un perjuicio económico, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta”* (inciso 3º).

En este tipo de contrato, en general, el riesgo asegurado coincide con el objeto del seguro: la vida del asegurado, quien suele coincidir con la figura del tomador. En el seguro de vida de grupo de deudores, en particular, no se ve tan claro que el principal o único propósito del seguro sea asegurar la vida del deudor, ni tampoco que el deudor sea el único asegurado.

En efecto, al momento de solicitar un crédito a una entidad financiera el cliente no tiene el más mínimo interés en asegurar su vida, ni mucho menos el pago de la deuda en caso de que llegue a morir. En verdad, el propósito del usuario bancario que se encuentra en tal circunstancia, es solventar una necesidad económica mediante la adquisición de una obligación crediticia. El único motivo por el que el

cliente adhiere al contrato de seguro es porque es un requisito impuesto por el banco para el desembolso del dinero que es objeto del mutuo.

En estos casos el usuario no tiene ninguna posibilidad de negociar, discutir, consensuar o regatear el contenido de las cláusulas del mutuo o del seguro que se le impone como condición para la celebración de ese contrato, ante todo por la posición dominante de la aseguradora, como por la débil relación jurídico-económica de una persona natural con una persona jurídica, empresa calificada, especializada y profesional. Por consiguiente, la única opción que le queda es aceptar el negocio condicionado como mal menor si es que realmente quiere acceder a la prestación que necesita. La voluntad del cliente en este supuesto se manifiesta y exterioriza de manera adhesiva y no decisiva; de un modo completamente pasivo y jamás activo, pleno y deliberante. Nada tiene el cliente que reflexionar o discutir: simplemente o lo toma o lo deja.

En tales circunstancias, si bien el deudor es el titular del objeto del seguro (su vida misma), no está tan claro que lo sea del interés asegurable. Por el contrario, el principal interés surge de parte del banco, y no nace de la relación afectivo-económica que pueda tener con sus clientes –cuya vida o integridad personal poco o nada le interesa a una entidad financiera–, sino de la garantía para la recuperación de su acreencia. El interés asegurable en los seguros de vida de grupo de deudores no es la vida del consumidor financiero (art. 1137, núm. 1º) sino el perjuicio económico que el banco

pueda sufrir con la muerte de su deudor (núm. 3°).

Que el interés asegurable en esta clase de seguro participa de una naturaleza indemnizatoria lo confirma la excepción consagrada en la segunda parte del artículo 1138 del Código de Comercio, que impone un límite al valor del interés asegurable cuando el perjuicio a que se refiere el numeral 3° del artículo 1137, sea susceptible de evaluación cierta. Es decir que en todos los seguros de vida de deudores la prestación a cargo de la aseguradora se concreta al monto de la deuda pendiente al momento del siniestro, a diferencia de lo que ocurre en los seguros exclusivamente de personas, que por no ser de naturaleza indemnizatoria no tienen otro límite que el que libremente le asignen las partes contratantes.

Si el titular del interés asegurable no es tanto el deudor como el propio banco; si este interés recae en el perjuicio económico que su muerte pueda ocasionar al acreedor y no tanto en la vida misma del deudor; y si el pago de la prestación está dispuesto por la ley para cubrir el perjuicio económico que se pueda causar al banco, sin que pueda exceder de esa suma porque habría un enriquecimiento injustificado de parte del beneficiario, entonces carece de sentido seguir defendiendo la tesis que pregonaba que este seguro es exclusivamente de personas y no posee carácter indemnizatorio.

Es más, si partimos de la definición técnica de la posición del asegurado, atendiendo al contenido jurídico del

contrato, aquél es la persona amenazada en su patrimonio económico, generalmente el tomador; (EFRÉN OSSA. Teoría General del seguro. Tomo II: El contrato. Bogotá: Temis, 1984. p. 11). Luego, en estricto sentido técnico, en esta clase de seguro el banco se asemeja más a la calidad de asegurado que el deudor titular del objeto del seguro.

En el seguro de vida de deudores, el motivo principal que conduce a la celebración de ese contrato es proteger el patrimonio del acreedor, pues se reitera, no existe ninguna justificación racional para que un deudor se proponga asegurar su vida en ese momento, ni mucho menos que le preocupe demasiado si después de su muerte dejará un patrimonio suficiente para pagar la deuda a la entidad financiera.

En el mismo sentido, entiende Domingo López Saavedra, cuando expresa:

“(...) el acreedor que presta dinero confiando en la capacidad de repago de su deudor quiere tener la tranquilidad de que, en caso de fallecimiento de éste, su crédito se verá cancelado de inmediato. Es evidente que, si los ingresos del deudor provienen del ejercicio de un comercio, arte o profesión, la calidad de comerciante, artista o profesional no es heredable. La existencia de un seguro dará certeza al acreedor de la recuperación de su crédito, aun en caso de fallecimiento del deudor y brindará a los herederos de este último la tranquilidad de no ver afectado el acervo sucesorio a la cancelación de un pasivo del causante. El acreedor no tiene interés en ejecutar sus garantías, sino en el recupero normal de sus créditos y, de fallecer o invalidarse el acreedor, obtendrá el recupero del dinero del asegurador en forma inmediata mediante el seguro (...)” (Tratado de derecho comercial. Seguros. Buenos Aires: La Ley, 2010. p. 928) (Resaltado para destacar).

Es innegable, entonces, que aunque el objeto del seguro es la vida del deudor y el riesgo es el evento incierto de su

muerte o incapacidad total, este seguro participa de un evidente contenido patrimonial e indemnizatorio; siendo el titular del interés asegurado el banco tomador. Esto, técnicamente lo convierte en el principal asegurado, aunque un amplio sector de la doctrina tenga establecido que esta posición la asume el deudor de manera exclusiva.

Existen, sin embargo, tratadistas que asumen una postura mucho más radical y sostienen que en el seguro de vida de deudores el riesgo asegurado no es tanto la persona del deudor como la imposibilidad de pago de la deuda:

“(...) No cabe desconocer por otra parte que en esa clase de seguros el riesgo efectivamente asegurado no es tanto la muerte o invalidez del asegurado, cuanto la subsiguiente imposibilidad para generar ingresos que permitan seguir amortizando el préstamo; con lo que también puede resultar de interés para el prestatario -y sobre todo para sus herederos- esa garantía adicional (...)”. (Abel VEIGA COPO. Contrato de Seguro. En: Rodrigo BERCOVITZ RODRIGUEZ. Tratado de contratos. Tomo V. Valencia: Tirant lo Blanch, 2009. P. 5715) (subrayado propio).

No hay ninguna razón para seguir sosteniendo que el interés directo lo tiene el deudor sobre su vida, mientras el banco posee un interés indirecto en la recuperación de su acreencia, pues la función económico-social de este contrato indica sin ningún asomo de duda que lo que ocurre es todo lo contrario, porque el interés principal que hace posible el surgimiento de este convenio y su imposición al deudor es la garantía del pago de la deuda más que la preocupación por la integridad personal del cliente.

En cambio, **la protección del patrimonio de los herederos es un interés eventual y secundario**, pues sólo

se concretaría en la hipótesis de que el deudor fallecido haya dejado bienes de fortuna, en cuyo caso el seguro les aprovecharía al no tener que disponer del acervo sucesoral para cancelar las deudas que hubiere dejado el causante.

Este seguro ha sido considerado de naturaleza personal y no de daños porque el riesgo asegurable cuya realización da origen a la conformación del siniestro lo constituye la muerte o incapacidad total del deudor. Mas ello, *per se*, no obsta para que participe de cierta connotación patrimonial e indemnizatoria, como se acabó de explicar.

Así, en esta especie de negocio el acreedor toma el seguro para resguardar su propio beneficio económico y no tanto para asegurar la vida de su cliente; el banco es el titular del interés asegurable que se concreta en el posible perjuicio económico que pueda acarrearle la muerte de su deudor, lo que técnicamente lo convierte en asegurado; el riesgo consecuencial es la imposibilidad de pagar el préstamo; y, finalmente, la entidad crediticia es la beneficiaria del seguro porque es quien recibe de la aseguradora el pago de la prestación. Esta múltiple condición le asigna a la institución financiera un indiscutible estatus de *dominus negotii*, por lo que la posición pasiva, disminuida y necesitada del deudor se limita, de modo exclusivo, al pago de la prima de una póliza que se le impone y cuyos beneficios están dirigidos principalmente a satisfacer los intereses de la entidad financiera.

Es más, resulta incomprensible que el deudor tenga que

sufragar la prima de un seguro concebido principalmente para resguardar los intereses económicos del banco, lo que demuestra la notoria posición de desventaja y sumisión en que se halla el usuario del sistema financiero.

En realidad, al deudor no debería preocuparle mucho garantizar el cumplimiento de sus obligaciones una vez acontecida su muerte, pues ese ya no será su problema. De manera que, si a los terceros les asiste algún interés económico, éste no recae en el deudor mismo sino en los codeudores del crédito -si es que los hay-, **o en los sucesores del deudor** que deja bienes de fortuna, pues tales personas se verían descargados del pago de la obligación crediticia que haya dejado el *de cuius*. Mas, en todo caso, tal beneficio comporta **un interés indirecto y secundario** respecto del interés principal que le asiste al banco, como quedó explicado líneas arriba.

Si el banco es el *dominus negotii*; si impone a su cliente de manera unilateral la contratación del seguro; si es quien ostenta el interés asegurable; es el beneficiario del seguro y, finalmente, es quien gana comisiones por la colocación de las pólizas, entonces lo menos que puede esperarse de esa ventajosa condición que le apareja innegables ganancias económicas, es que asuma las obligaciones precontractuales y contractuales que dicha posición le acarrea, entre ellas la de responder por los deberes que tiene como tomador, actuar de buena fe y coherentemente con sus propios actos, declarar al asegurador la información que esté a su disposición y que resulta trascendental para la perfección del contrato, y evitar

causar perjuicios a sus clientes con su descuido o negligencia.

4.1. En los seguros por cuenta de tercero, “*al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada*”, tal como lo dispone el artículo 1039 del Código de Comercio. En tanto que “*al asegurado corresponden aquellas obligaciones que no pueden ser cumplidas más que por él mismo.*”

Como ya quedó explicado, en el seguro de vida de grupo de deudores –catalogado por nuestra jurisprudencia como un seguro por cuenta de terceros⁶, el derecho a la prestación asegurada corresponde al banco en su posición de tomador/beneficiario, **e indirecta y eventualmente a un tercero (codeudor o heredero del deudor)**. En tanto que las obligaciones corresponden al tomador, y únicamente aquellas que sólo pueden ser cumplidas por el asegurado corresponden a este último.

Fulge pertinente precisar, que en el seguro de vida grupo deudores convergen entonces: el asegurador, tomador, el asegurado y el beneficiario.

4.2. El asegurador, es la persona jurídica profesional y vigilada por el Estado, quien “*(...) asume los riesgos debidamente autorizada para ello (...)*” (art. 1037 C. de Co.), a través de una convención, obligándose a proteger un

⁶ CSJ. Civil. Sentencia de 30 de junio de 2011, exp. 1999-00019-01. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

eventual perjuicio pecuniario que puede recaer sobre daños, bienes, o al patrimonio de personas involucradas o no en el acuerdo asegurativo. Su obligación principal, consiste en pagar el saldo insoluto de la deuda, en caso de ocurrencia del evento asegurado.

4.3. El tomador, es la persona natural o jurídica quien contrata con el asegurador el amparo para sí o para otro llamado asegurado, esto es que, “(...) *obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos*” (art. 1037 C. de Co.), para resguardar sus activos frente a un menoscabo que llegare a sufrir o causar, para ello paga el importe de la prima. Si es para proteger su propio interés, por cuenta propia, revestirá el doble carácter de tomador y asegurado.

4.4. El asegurado es el sujeto de derecho cuya vida o integridad corporal está expuesta al riesgo. El interés asegurable es en últimas “*la vida del deudor*”⁷, como lo estipula el artículo 1137 del Código de Comercio⁸.

4.5. El beneficiario del seguro, es la persona determinada o determinable, titular de los derechos indemnizatorios, por lo tanto, a quien “(...) *corresponde el derecho a la prestación asegurada* (...)” (art. 1039 del C. de Co.), calidad que pueden ostentar el propio tomador o una persona diferente (tercero).

⁷ CSJ. Civil. Sentencia de 16 de mayo de 2011, exp. 9221-01. M.P. Ruth Marina Díaz Rueda.

⁸ “Artículo 1137. *Interés asegurable. Toda persona tiene interés asegurable: 1) En su propia vida; 2) En la de las personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos, y 3) En la de aquellas cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta*”.

En el Seguro de Vida se distinguen dos clases de beneficiarios: A título **gratuito** y a título **oneroso**. Al tenor del canon 1141 del Estatuto Comercial, será beneficiario a título gratuito aquel cuya designación tiene por causa la mera liberalidad del tomador. En los demás casos, el beneficiario será a título oneroso. En defecto de estipulación en contrario, se presumirá que el beneficiario ha sido designado a título gratuito.

4.6. Terceros ajenos al contrato. Si bien, es un hecho notorio que no son parte, en cuanto no suscriben el contrato, tienen un interés indirecto, secundario y eventual con el seguro, para que el patrimonio del causante no se vea desmejorado o disminuido.

En el tipo particular de seguros de la controversia, el tomador y el asegurador se encuentran vinculados por un lazo estrictamente negocial, en donde, a su arbitrio y, sin contrariar la ley, se hallan facultados para estipular las condiciones y límites del riesgo, ante la pérdida de vida del asegurado.

No obstante, líneas atrás se explicó, que en esta especie de seguro el banco técnicamente también es “asegurado” porque ostenta el interés asegurable, lo que por virtud de la norma antes mencionada, lo convierte en el principal obligado a declarar el estado del riesgo cuya información esté a su alcance.

En todo caso, y aunque se considere al deudor como

único asegurado y titular del interés asegurable –sólo por la comodidad de permanecer apegado a la postura acrítica de la doctrina tradicional–, lo cierto es que el segundo inciso del artículo 1039 impone al asegurado aquellas obligaciones que no pueden ser cumplidas más que por él mismo.

De igual modo, el artículo 1041 del estatuto de los comerciantes señala: *“las obligaciones que en este Título se imponen al asegurado, se entenderán a cargo del tomador o beneficiario cuando sean estas personas las que estén en posibilidad de cumplirlas”*.

La alianza estratégica o acuerdo comercial entre el banco y la aseguradora desempeña la importante función de crear un canal idóneo para vender los seguros a los clientes del primero; quienes, a cambio de pagar una prima, acceden a los productos financieros ofrecidos por el banco.

Los beneficios para las aseguradoras son innegables, pues incrementan sus utilidades con el significativo aumento de la clientela. En tanto que el banco obtiene eximios provechos al cobrar el servicio de mediación en las ventas; al asegurar el pago de los productos que ofrece; y, en algunas ocasiones, al constituirse en el propio beneficiario de un seguro que tiene que pagar el consumidor.

Entre los productos que con mayor frecuencia se ofrecen en el esquema de la banca-seguros, se hallan los seguros de vida de grupo de deudores, en los que la entidad financiera –en calidad de tomadora por cuenta de su deudor

y beneficiaria del seguro– suscribe con la compañía aseguradora una póliza con el fin de garantizar el pago de la obligación en caso de que se produzca la muerte del mutuario, imponiéndole a este último la obligación de pagar la prima respectiva.

Las cláusulas que rigen este contrato se pactan entre el banco tomador y la compañía aseguradora, quien señala a aquél las condiciones, requisitos y demás directrices que deben cumplirse para que los deudores queden amparados por la cobertura.

Cuando se trata de una póliza colectiva para asegurar la vida de los mutuarios, el contrato se perfecciona cuando la entidad financiera envía a la aseguradora la lista del grupo de deudores que, previamente, ha catalogado como susceptibles de ser asegurados. En este caso, es el banco quien asume la obligación de corroborar que sus clientes cumplan las condiciones señaladas en la póliza y sus correspondientes anexos.

En este tipo de acuerdo, suele presentarse un conglomerado de contratos, entre los cuales se pueden identificar, por lo menos, los siguientes:

4.6.1. Un contrato de mutuo entre el banco y el deudor, que es el que da origen a todos los demás convenios. De él dimanar otros convenios. El banco impone, por ejemplo, el de seguro a su cliente como condición para el otorgamiento del crédito, a fin de garantizar el recaudo del dinero prestado

ante el evento incierto de la muerte del deudor, en cuyo caso la aseguradora pagará al banco el saldo de la deuda;

4.6.2. Un contrato de seguro entre la compañía aseguradora y el banco-tomador, el cual nace ligado al mutuo por el propósito económico que se acaba de explicar, y donde la entidad financiera asume las obligaciones que, en calidad de tomador, le impone el artículo 1041 del Código de Comercio.

4.6.3. Un contrato de mediación entre el banco y la aseguradora, con base en el cual el primero actúa como agente de seguros;

4.6.4. Un contrato de mandato con representación, en el que el banco al distribuir seguros actúa en nombre y representación de la empresa aseguradora, por cuya virtud el primero está facultado para cobrar y recibir la prima para su mandante, como si fuese este último quien lo hiciera.

En estos casos la póliza está vinculada a la concesión de un préstamo en el que el riesgo asegurable recae en la vida del deudor, por lo cual, no nos hallamos frente a una relación comercial única sino frente a una hipótesis típica de contratos vinculados o conexos, cuyo entorno obligacional ha de analizarse en razón de la operación económica vista en conjunto. La trascendencia de esta situación radica en que el banco, como *dominus negotii*, dirige todo el sistema contractual y, por tanto, reasume las obligaciones que haya podido desplazar a cargo de la aseguradora, como quiera que

es quien impone la celebración de un seguro del cual es el principal interesado y beneficiario.

5. Legitimación. En relación con la legitimación (o el interés para obrar) que puedan tener los causahabientes del deudor fallecido o las personas que resultan afectadas ante la negativa de la aseguradora de hacer efectivo el amparo, se memoran, algunos de los antecedentes más relevantes sobre el particular.

En un primer período, esta Sala efectuó una interpretación en contra de los derechos de los usuarios y consumidores del sistema asegurativo. Esa posición aparece, por ejemplo, en la sentencia del año 1976 del Mg. Esguerra Samper:

“(...) Aunque por lo dicho, el cargo (...) no prospera, esto no obsta para que en el ámbito doctrinal se le apunte al sentenciador el desacierto en que incurrió al haber proferido fallo inhibitorio con fundamento en la falta de legitimación en la causa de la parte demandante, puesto que siendo ésta un requisito para pronunciamiento de sentencia de fondo favorable aquélla, y no un presupuesto procesal, su ausencia trae como consecuencia un fallo adverso a la pretensión del actor y no a una decisión inhibida, supuesta la constitución regular de la relación jurídico procesal. Según concepto de Chiovenda, acogido por la Corte, la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva) (Instituciones de Derecho Procesal Civil; I, 185). Conviene desde luego advertir, para no caer en el error en que incurrió el Tribunal, que cuando el tratadista italiano y la Corte hablen de ‘acción’ no están empleando ese vocablo en el sentido técnico procesal, esto es como el derecho subjetivo público que asiste a toda persona para obtener la aplicación justa de la ley a un caso concreto, y que tiene como sujeto pasivo al Estado, sino como sinónimo de ‘derecho’ de ‘pretensión’, que se ejercita frente al demandado. Para que esa pretensión sea acogida en la sentencia es menester, entre otros requisitos, que se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que

se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado”.

Añadió la decisión:

“(...) por último, las pruebas que la censura estima preteridas por el Tribunal (...) no demuestran que dicha sociedad hubiera conocido o debido conocer esos hechos callados o deformados por las respuestas del tomador del seguro, sino, algunas de ellas, que hubiera podido conocerlas. Esa extrema diligencia y cuidado, correspondiente a la culpa levísima, no se le impone al asegurador; su responsabilidad en este contrato, a falta de disposición en contrario que la establezca expresamente solo llega hasta la llamada “culpa leve” (art. 83 inc. 3° C.C.). Por consiguiente, no es razonable imponer a una sociedad aseguradora el deber de verificar la sinceridad y la exactitud de las declaraciones de un tomador del seguro haciendo indagaciones en todas las demás empresas dedicadas a la misma actividad mercantil (...)”⁹.

En sentencia de 29 de agosto de 2000, se precisó la naturaleza y objeto del contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores, diferenciándolo del seguro de crédito, por tanto, el primero es:

“(...) [A]quel seguro, [donde] el riesgo que asume el asegurador es la pérdida de vida del deudor, evento que afecta tanto al asegurado mismo, como es obvio, como eventualmente a la entidad tomadora de la póliza, en el entendido de que su acreencia puede volverse de difícil cobro por la muerte de su deudor, pero el específico riesgo asumido por la compañía de seguros en la póliza objeto de litigio, no es la imposibilidad de pago del deudor por causa de su muerte, porque así fuera podría inferirse que la póliza pactada con un riesgo de tal configuración tendría una connotación patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito. Lo que se aseguró es lisa y llanamente el suceso incierto de la muerte del deudor, independientemente de si el patrimonio que deja permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista”¹⁰.

⁹ CSJ. Civil. Sentencia de 28 de julio de 1976, exp. 19769, MP, José María Esguerra Samper. GJ CLII Parte II No 2393.

¹⁰ CSJ. Civil. Sentencia de 29 de agosto de 2000, Exp. 6379. M.P. Jorge Santos Ballesteros.

En torno al pago realizado por un codeudor solidario, los efectos de la subrogación legal y su inaplicabilidad respecto del contrato de seguro de vida grupo deudores, el 23 de marzo de 2004, conceptuó:

“(...) Traducen las normas citadas [reglas 1579 y 1668 del Código Civil] la presencia del fenómeno de la subrogación, o sea la transmisión de los derechos del acreedor, en favor del codeudor solidario que paga, pero siempre y cuando los mismos sean inherentes a la obligación: ya contra los demás codeudores bajo las previsiones del artículo 1579 citado, o ya contra terceros, pero a condición de que unos u otros sean garantes de la obligación satisfecha al acreedor antiguo, o sea por estar vinculados a ellas por medio de la solidaridad o de la fianza. Esa limitación del alcance de la subrogación excluye por consiguiente que, por efectos de la subrogación legal, el deudor solidario pueda hacer valer otros derechos que el acreedor originario pudiera ejercer o haber ejercido en contra de terceros cuyas propias obligaciones no dimanen de su participación como garantes del pago de la deuda satisfecha por él.

Vale decir que teniendo derechos el acreedor inicial contra terceros derivados de relaciones contractuales autónomas que, por serlo, no son inherentes al crédito, o que aun relacionadas con estos no suponen una garantía de pago de los mismos, a ellos no se extienden los efectos de la subrogación (...).”

“(...) Ciertamente hay un deudor que paga y por esa razón se da la subrogación en los derechos del acreedor satisfecho, pero no alcanza la misma para que se le trasmitan los derechos como beneficiario del seguro de vida deudores contra la aseguradora –tercero para el caso –, pues no solo se trata de una relación autónoma en la que identifica plenamente los sujetos vinculados que no incluyen al actor, sino que aunque de algún modo haya estado conectada con el crédito satisfecho, no supone la presencia de la aseguradora como garante del pago de la obligación, esto es, cuanto que no se le puede calificar de tercero que se haya obligado solidaria o subsidiariamente como lo exige el artículo 1670 del C. Civil; en otros términos, la aseguradora no se comprometió a pagar la deuda como si fuera deudor en igual grado o en el caso de que el deudor asegurado no lo hiciera (...)”¹¹.

¹¹ CSJ. Civil. Sentencia de 23 de marzo de 2004, exp. 14576. M.P. Silvio Fernando Trejos Bueno.

Posteriormente, en la sentencia de 25 de mayo de 2005, la Corte dejó sentado que el contrato de seguro vida grupo deudores, se diferencia del de crédito, porque el riesgo asumido por el asegurador es la pérdida de la vida del deudor, con independencia de si el patrimonio dejado por el causante permite pagar la obligación a la entidad bancaria acreedora.

Allí mismo y atañadero a los derechos que le asisten a los causahabientes del asegurado con la póliza grupo deudores, frente la negativa de la aseguradora de hacer efectivo el amparo y al verse compelidos a solucionar la deuda con el acreedor financiero luego del acaecimiento de aquél, adoctrinó:

“(...) Frente a lo expuesto, surge diáfano que (...) los demandantes se subrogaron en los derechos y acciones del acreedor Banco Cafetero, respecto de las aseguradoras, en calidad de deudoras. (...) En efecto, amén de afirmar que los créditos que había otorgado el Banco Cafetero al señor Jorge Enrique Pachón, estaban amparados por un seguro de vida grupo de deudores, los demandantes manifestaron que al acaecer el siniestro, la muerte del deudor, las aseguradoras, ante el reclamo efectuado por el acreedor inicial, negaron el pago del seguro, motivo por el cual el Banco Cafetero, tomador y beneficiario del seguro de vida grupo deudores, procedió a requerirlos para que cancelaran las obligaciones, viéndose compelidos a hacer abonos ante el peligro de una acción judicial que los marginara del acceso al crédito”.

“Cotejado lo anterior con lo que expresó el Tribunal, se observa total fidelidad, porque como ya se observó, luego de advertir que la demanda “no adolecía de oscuridad”, el sentenciador identificó que la condena solicitada es “por el no pago del seguro”, pues cuando los demandantes solucionaron las obligaciones “entendieron que efectuaban un pago al que no estaban obligados por ser a las aseguradoras a quienes correspondía”.

“Igualmente, cuando consideró que al ocurrir la muerte de Jorge Enrique Pachón, las aseguradoras y el Banco Cafetero se habían colocado en deudoras y acreedor, respectivamente, por lo que no

podía sostenerse que los herederos cancelaron deudas del difunto, porque el causante “nada debía al momento de...su deceso”, es decir, en virtud del contrato de seguro de vida grupo deudores las obligaciones adquirieron “un nuevo deudor, específicamente las aseguradoras”, razón por la cual no podía negarse legitimación a los demandantes por no ser parte en el contrato de seguro”. (subrayas para destacar)

“En lo demás, no se ve cómo la condición de “cónyuge sobreviviente” e “hijos legítimos” del causante, afirmada bien en los poderes otorgados, ya en la demanda, pueda desvirtuar la subrogación, porque amén de ser ciertas esas calidades, precisamente el Banco Cafetero, apoyado en las mismas, requirió a los demandantes para el pago de las obligaciones”.

“De otra parte, si por la subrogación, legal o convencional, se traspasan los “derechos, acciones y privilegios” del antiguo al nuevo acreedor, no es equivocado sostener, con relación al seguro de vida grupo deudores, que los demandantes adquirieron la calidad de beneficiarios, a título oneroso, porque esa era precisamente la posición del Banco Cafetero en el contrato de seguros, que no es lo mismo a que fueran beneficiarios “directos” del citado seguro de vida grupo deudores (...)”. (subrayas ajenas al texto).

Enseguida, precisó:

“(...) [E]l Tribunal calificó a quienes hicieron los pagos como “terceros” con respecto a las relaciones entre las aseguradoras y el Banco Cafetero. Este requisito de la subrogación convencional, que entre otras cosas no se controvierte, desvirtúa que los demandantes hayan solucionado las deudas del difunto. Como se dijo en la sentencia recurrida, no lo es porque dicho causante “nada debía al momento de ocurrir el deceso”, en consideración a que “por efectos del contrato de seguro”, esas obligaciones se trasladaron, surgiendo un nuevo deudor, “específicamente las aseguradoras, que asumían el riesgo originado el siniestro (...)”¹².

Luego, en un asunto, un tanto análogo al presente, conceptuó acerca del interés que le asiste a los herederos, con ocasión de la “*aquiescencia*” o “*tolerancia*” de las entidades financieras de ejercer su deber contractual de

¹² CSJ. Civil. Sentencia de 25 de mayo de 2005, exp. C-7198. M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar.

reclamar su derecho en calidad de beneficiaria del seguro, así:

“(...) [S]i el negocio jurídico es, según la metáfora jurídica más vigorosa que campea en el derecho privado, ley para sus autores (pacta sum servanda), queriéndose con ello significar que de ordinario son soberanos para dictar las reglas que los regirá, asimismo es natural que esa “ley” no pueda ponerse en hombros de personas que no han manifestado su consentimiento en dicho contrato, si todo ello es así, repítese, al pronto se desgaja el corolario obvio de que los contratos no pueden ensanchar sus lindes para ir más allá de sus propios contornos. (...) El principio de la relatividad del contrato significa entonces que a los extraños ni afecta ni perjudica; lo que es decir, el contrato no los toca, ni para bien ni para mal.

Es con fundamento en ese criterio que a viudas como la de acá, y en su caso a los herederos, se les impide todo reclamo que roce siquiera con la prestación surgida del contrato de seguro. Como no fueron parte en dicho negocio -como de hecho no lo fueron-, aquellos principios sirven -alégase- de fuerte cerrojo al contrato para repudiar las miradas de curiosos y extraños. Se les dirá que como el contrato a nadie importa, así es elemental que nadie ose perturbar la autonomía privada.

Ocorre, empero, que (...) hay un mal entendimiento del principio de la relatividad de los contratos. Y todo por echarse al olvido que en los alrededores del contrato hay personas que ciertamente no fueron sus celebrantes, pero a quienes no les es indiferente la suerte final del mismo. Dicho de otro modo, no sólo el patrimonio de los contratantes padece por la ejecución o inejecución del negocio jurídico; también otros patrimonios, de algunos terceros, están llamados a soportar las consecuencias de semejante comportamiento contractual.

Es apodíctico, así, que en el buen o mal suceso de los contratos hay mucha gente interesada. Bien fuera admitir la expresión de que en los contornos de los contratos revolotean intereses ajenos al mismo, los cuales no es posible rehusar o acallar no más que con el argumento de que terceros son. Por caso, ¿cómo decírselo a la viuda de acá? Ciertamente que el deudor fallecido no es el beneficiario del seguro contratado; que su vida se aseguró para bien del acreedor, en este caso el Banco. ¿Quién podría negarlo ante la letra clarísima del artículo 1144 del código de comercio? De modo que sólo el Banco es titular de las consecuencias directas del seguro contratado. Pero a más de él también está indiscutiblemente interesada la viuda y los herederos, dado que las secuelas indirectas del contrato, señaladamente el no pago del seguro, le perjudica. De la suerte de aquel contrato pende y

en mucho la de la sociedad conyugal que tenía con su marido fallecido. Y algo similar le acontece a los herederos. Más todavía: incluso podría ser que al beneficiario del seguro no le interese hacerlo valer –lo demuestra este proceso– porque a la vista tiene otra garantía como la hipoteca y sacará ventaja de quienes atemorizados por la pérdida de sus bienes pagarán, y hasta con prisa, o que después de todo no le duela el incumplimiento de la aseguradora cuando le ha reclamado – cosa no infrecuente porque la experiencia se ha encargado de develarlo así más de una vez-, y entonces sería exacto afirmar que no hay mayor interesada que la viuda misma.

Cómo no va a venir en pos de la viuda todo lo explanado en torno al principio de la relatividad de los negocios. Mayormente si de contratos de seguro de vida se trata, en el que, como se sabe, son convenciones destinadas por antonomasia a producir efectos a favor de personas que no han participado en su celebración. Y más todavía por el contexto en que suele contratarse tal tipo de seguros.

[S]i el acreedor halló gratuitamente quién le asegurara que a la muerte del deudor tenía derecho a un monto igual al saldo insoluto de la deuda, y si para así ponerse a cubierto de eventuales pérdidas acudió a que su deudor pagase por ello (las primas del seguro), la viuda puede elevar su voz, precisamente porque la función económico-jurídica del seguro ha sido puesta en vilo ante la paciencia, aquiescencia, pasividad o tolerancia [del banco]. Dicha actitud causa de rebote un perjuicio en el patrimonio del causante y a su turno en el de la herencia y sociedad conyugal. Perfectamente dirá la viuda que los seguros, y más lo que le han costado, son para eso, para cumplirse, porque esa es su función normal y corriente; que para algo ha de servir el seguro. Cuando el seguro disputado en este juicio se contrató, es verdad meridiana que el deudor, tanto o más que el propio Banco prestamista, está interesadísimo y hasta muy confiado en las proyecciones económicas que tal seguro reflejaría en su órbita patrimonial, y acaso fue por ello que decidió pasar por la condición de pagar, de buen grado o no, la prima a la aseguradora que de ordinario, dicho sea de ocasión, le señala el mismo Banco. Difícil imaginar interés más fúlgido. Mandarle que no despegue sus labios porque no es parte en el seguro, o porque el Banco, que sí es parte, puede obrar a su antojo, resulta una orden desproporcionada e inicua. Oírla, pues, parece lo más sensato y de elemental justicia. Su clamor no es otro que éste: el pago a mi acreedor, al propio tiempo me libera; ordénenle, por consiguiente, que cumpla (...)”¹³.

¹³ CSJ. Civil. Sentencia 195 de 28 de julio de 2005, expediente 00449. M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez.

En un pronunciamiento del 17 de octubre de 2006, la Corte reiteró, que la objeción a la reclamación y el pago de las deudas por los herederos del causante, son circunstancias que no están legalmente

“(...) llamada[s] a producir la ineficacia de la designación de un beneficiario dentro de un seguro de personas y que, correlativamente, no pudiéndose hablar de ineficacia de tal designación, resulta abiertamente improcedente la inclusión de unos beneficiarios supletorios, en los términos del artículo 1142 del Código de Comercio, pues no puede olvidarse que la primera situación -ineficacia- constituye un presupuesto insoslayable para que pueda generarse la consecuencia prevista por la norma. (cfr. art. 897 C. de Co.) (...)”¹⁴.

Adelante, en el año 2007, en torno al seguro de vida grupo, asentó la Sala:

“(...) [E]ntiende la ley que toda persona tiene interés asegurable en su propia vida (art. 1137, num. 1º, C. de Co.), “en la de las personas a quienes legalmente puedan reclamar alimentos” (num. 2º) y “en la de aquellas cuya muerte o incapacidad puedan aparejarle un perjuicio económico, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta” (num. 3º), hipótesis en las cuales no es necesario el asentimiento del asegurado que se encuentre en tales condiciones. Pero si se quiere asegurar mediante un seguro individual la vida de una persona que no es actualmente –o en potencia– alimentante del tomador, o cuyo fallecimiento o discapacidad resultan intrascendentes en la esfera patrimonial de aquel, para que el seguro pueda tomarse, es indispensable que ese tercero exprese su voluntad por escrito, no sólo para habilitar el seguro, sino también el monto de la suma asegurada y el de los beneficiarios (inc. 2º, art. 1137, ib.).”

“El seguro de vida grupo, como es sabido, es una modalidad del seguro de personas, que permite a un sólo tomador asegurar un número indeterminado de personas, negocio jurídico que origina tantos contratos de seguro como asegurados conformen el grupo correspondiente. El tomador se encuentra obligado a cumplir con las prestaciones inherentes a tal calidad, correspondiéndoles a los asegurados la facultad de designar libre y voluntariamente a sus beneficiarios, en caso de muerte, que pueden ser a título gratuito “cuya designación tiene por causa liberalidad del

¹⁴ Sentencia 147 de 17 de octubre de 2006, expediente 1996-00059. M.P. César Julio Valencia Copete.

tomador”, o a título oneroso “en los demás casos” (art. 1141 C. de Co.). Aunque lo usual es que en el certificado individual de seguro que expida el asegurador, figure un solo asegurado, nada impide que figuren dos, cada uno de los cuales, a su turno, puede libremente designar a sus beneficiarios (...) ¹⁵.

Mas tarde, reiteró en la sentencia de 15 de diciembre de 2008:

“(...) Con todo, como el principio de la relatividad de los contratos no es absoluto, en consideración a que la ejecución o inejecución de un negocio jurídico puede beneficiar o afectar indirectamente otros patrimonios, se tiene aceptado que los terceros interesados se encuentran facultados para velar por la suerte del mismo. Es el caso, entre otros, del cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, inclusive del socio o vocero de una sociedad, cuya vida estaba amparada, quienes en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde (...)” ¹⁶.

Luego, en providencia de 5 de octubre de 2009, conceptuó que cuando los terceros pagan con sus propios bienes, están pagando en lugar del asegurador; empero, ello

“(...) no significa dejar al asegurador liberado de su prestación, porque en el evento de que los terceros hubieren solucionado, con sus propios bienes, las obligaciones que tenían su génesis en la realización del riesgo asegurado, simplemente se presentaría un cambio de beneficiario del seguro, legal o convencional, según fuere el caso, y no el desplazamiento del mismo, que es algo totalmente distinto. Ahora, si pagaron por error, creyendo que eran deudores, igualmente gozarían de la acción de repetición del pago de lo no debido.

Es más, en el caso de no haber pagado nada, el cónyuge y los herederos también se encuentran legitimados para solicitar, judicial o extrajudicialmente, el cumplimiento del contrato de seguro, todo a favor del beneficiario del mismo, cuando éste obra a su antojo, ante la “paciencia, aquiescencia, pasividad o

¹⁵ CSJ. Civil. Sentencia de 6 de julio de 2007. exp. 1999-00359-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

¹⁶ CSJ. Civil. Sentencia de 15 de diciembre de 2008, Ref. C-2001-01021-01. M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar.

tolerancia”¹⁷, porque como en el mismo antecedente se anotó, esas actitudes causan de “rebote un perjuicio en el patrimonio del causante y a su turno en el de la herencia y sociedad conyugal (...)”¹⁸.

Con todo, los precedentes de 28 de julio de 2005 y de 15 de diciembre de 2008, sirvieron de referente para la providencia de 16 de mayo de 2011, donde sostuvo esta Corporación:

“(...) Descendiendo a los aspectos que de manera concreta sustentan el reproche, se advierte que tal como lo asevera el censor, no concurría en la sociedad accionante la condición de “beneficiaria” del seguro en cuestión, ni la de “subrogataria”; pero también es evidente que el Tribunal no le atribuyó ninguna de esas calidades a aquella para establecer su “legitimación en la causa”, pues para ello esencialmente tuvo en cuenta –como se ha repetido– que “al estar el crédito de la sociedad Arango cuyo reintegro se aspira (...), amparado por la póliza existente, el pago del saldo pendiente realizado por su parte patentiza un detrimento patrimonial indemnizable, lo que la habilita para su recobro, legitimación que no puede predicarse de los demás actores pues éstos no lo pagaron (...)” (c.9, 115).

8. Ante esa circunstancia cabe señalar que el ataque luce desenfocado, porque el recurrente tras entender que la única persona que puede exigir al asegurador el pago de la indemnización ante la ocurrencia del siniestro, es el “beneficiario”, y en su caso, el “subrogatario”, no toma en cuenta que ninguna de esas calidades le asigna el sentenciador a la actora, sino que alude a ella como una tercera frente al negocio asegurativo, que se vio compelida a cancelar el complemento del saldo de la deuda ante la satisfacción parcial que la demandada hizo frente a la reclamación del banco mutuante, con quien la une una relación contractual, reconocimiento que también coadyuvó ella (...)”¹⁹.

¹⁷ Cfr. Sentencia 195 de 28 de julio de 2005, expediente 1999-00449. M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez.

¹⁸ CSJ. Civil. Sentencia de 5 de octubre de 2009. exp. 2002-03366-01. M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar.

¹⁹ CSJ. Civil. Sentencia de 16 de mayo de 2011, exp. 2000-09221-01. M.P. Ruth Marina Díaz Rueda.

En SC de 30 de junio de 2011, esta colegiatura, efectuó una interpretación en contra de los derechos de los usuarios y consumidores del sistema aseguraticio. En lo medular, tras razonar:

“(...) En compendio, ha de decirse que en el ‘seguro de vida grupo deudores’, el interés asegurable predominante está representado por la vida del deudor; por ende, éste tiene la calidad de asegurado; mientras que el acreedor tiene el doble papel de tomador y beneficiario a título oneroso. Además, el valor asegurado es el que fijen libremente el tomador y la aseguradora, sin más limitaciones que aquélla en virtud de la cual el acreedor no puede recibir una indemnización que supere el saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro, porque hasta allí llega su interés asegurable.

Así las cosas, acreedor y aseguradora son los únicos llamados a determinar la extensión de la garantía, es decir, el monto del valor asegurado, no sólo porque la autonomía negocial así se los permite, sino además porque, de todos modos, cuando hay déficit de cobertura es el accipiens quien asume los eventuales riesgos por no contratar un seguro de vida que se extienda completamente al crédito otorgado. Desde luego que un seguro por un monto inferior al saldo insoluto de la deuda, en determinados casos, podría dejar una parte del crédito al descubierto, pero se trata de un asunto que debe analizar cada entidad bancaria, sin perjuicio de la vigilancia que incumbe a la Superintendencia Financiera”.

“Así las cosas, si el Banco no estaba compelido a asegurar el saldo total de la obligación insoluta, el haber tomado un seguro por un menor valor, como reconocieron las partes a lo largo del proceso, lejos está de configurar un proceder culposo, y mucho menos puede desencadenar una declaración de responsabilidad contractual, porque al obrar como lo hizo, actuó en el marco de las posibilidades que le brindaba el ordenamiento y en ejercicio de la autonomía contractual.

En ese escenario, no hay manera de atribuir incumplimiento al demandado por los hechos referidos en la demanda, porque, se insiste, no era su obligación tomar el seguro de modo que hubiera paridad o simetría entre la deuda y el amparo.

Por lo demás, en el proceso no se demostraron a ciencia cierta las condiciones generales y el alcance de la póliza tomada por el Banco, especialmente en lo concerniente al valor asegurado; tampoco hay evidencia de la prima que pagaron los deudores para cubrir la póliza contratada en su nombre, todo lo cual impide llegar

*a la conclusión de que el crédito estaba o debería estar cubierto en su totalidad (...)*²⁰.

Como se dijo líneas atrás, esta postura desconoce que si el banco es el *dominus negotii*, e impone a su cliente de manera unilateral la contratación del seguro; si es quien ostenta el interés asegurable; es el beneficiario del seguro y, finalmente, es quien gana comisiones por la colocación de las pólizas, lo menos que puede esperarse de esa ventajosa condición que le apareja innegables ganancias económicas, es que asuma las obligaciones que dicha posición le acarrea.

6. La buena fe²¹: Es principio, derecho y paradigma del sistema normativo. Irradia y rige de manera cardinal y transversal todas las relaciones entre los particulares, y de éstos con el Estado²². Permea incluso los acuerdos de comercio privado internacional²³.

En materia contractual, según el artículo 1603 del Código Civil, los “*contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación o que por ley pertenecen a ella*”.

La institución es comprendida como el deber de las partes de obrar con lealtad en las relaciones jurídicas y

²⁰ CSJ. Civil. Sentencia de 30 de junio de 2011, exp. 1999-00019-01. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

²¹ Denominado en el common law como “*Good Faith*”.

²² CSJ SC-19903-2017.

²³ El artículo 1.7 de los principios Unidroit, señala: “(1) *Las partes deben actuar con buena fe y lealtad comercial en el comercio internacional.* (2) *Las partes no pueden excluir ni limitar este deber*”.

respetar lo textualmente pactado en los negocios y actos jurídicos. También, la de propender, recíprocamente, la realización de las expectativas legítimas que tiene su contraparte frente al acuerdo, aun cuando para ello, deban desplegar conductas no señaladas literalmente en él, pero si afines a este. De tal forma, el principio reviste importancia analítica en los contratos en todas sus etapas²⁴ y adquiere una actividad (i) integradora, (ii) interpretativa y (iii) equilibradora.

La función integradora (i)²⁵ permite a la buena fe adherir todas aquellas obligaciones secundarias o adicionales no previstas por las partes al celebrar y ejecutar el contrato. Incorporadas, garantizan la consolidación de los intereses legítimos de la parte afectada por su silencio. El rol cobra vital importancia en los contratos comerciales, en tanto, sin interesar la remisión normativa que el Código de Comercio hace a la legislación civil (artículos 2 y 822²⁶), también lo destaca en el precepto el artículo 871²⁷.

²⁴ Para la Sala, la buena fe contractual “*es proceder con la rectitud debida, con el respeto esperado, es la actitud correcta y desprovista de elementos de engaño, de fraude o aprovechamiento de debilidades ajenas*”. (Cas. Sentencia 105 de 9 de agosto de 2007, exp. 2000-0025; Cas. 23 de agosto de 2011, exp. No. 2002-00297-01; Cas. 2 de agosto de 2001, exp. No. 6146, citada en Cas. 16/12/2010. Cfr. cas. junio 23 de 1958.

²⁵ Sobre la función creadora del derecho, sentencia 114 de 16 de agosto de 2007, exp. 1994-00200.

²⁶ C. de Co., Art. 2°.- “*Aplicación de la legislación civil. En las cuestiones comerciales que no pudieren regularse conforme a la regla anterior, se aplicarán las disposiciones de la legislación civil. Art. 822.- “Aplicación del derecho civil. Los principios que gobiernan la formación de los actos y contratos y las obligaciones de derecho civil, sus efectos, interpretación, modo de extinguirse, anularse o rescindirse, serán aplicables a las obligaciones y negocios jurídicos mercantiles, a menos que la ley establezca otra cosa. La prueba en derecho comercial se regirá por las reglas establecidas en el Código de Procedimiento Civil, salvo las reglas especiales establecidas en la ley*”.

²⁷ C. de Co., Art. 871°.- “*Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural*”.

En el campo asegurador, el postulado entiende incorporadas al contrato de seguro todas las obligaciones propias de su naturaleza, “*según la ley, la costumbre o la equidad natural*”. Así quedan satisfechas las expectativas de los convenidos.

La función interpretativa (ii) de la buena fe, logra fijar el alcance de las cláusulas ambiguas, imprecisas u oscuras. Configura un parámetro hermenéutico, consistente en preferir siempre el sentido que logre de mejor manera satisfacer los intereses de las partes involucradas, bajo el marco de los postulados de honradez, fidelidad y probidad derivados de dicho principio.

La aplicación de la función equilibradora (iii), se utiliza para preservar y restablecer la paridad contractual de los contratantes. En particular, cuando su desajuste es consecuencia del sistema masivo de contratación comercial. Su característica, entre otras, es la estandarización de las

relaciones jurídicas²⁸, la asimetría de las partes²⁹, la posición dominante³⁰, y la regulación estatal³¹.

En consecuencia, aplicar el inciso primero del art. 1081 contentivo de la prescripción ordinaria frente a quienes no conocen un contrato ni han intervenido como partes o beneficiarios infringe el principio de la buena fe, que como presunción a favor de las personas consigna el constituyente de 1991, pero también se ofenden las disposiciones que gobiernan el contrato de seguro. De ese modo se resuelve erróneamente el conflicto prescriptivo, frente a quienes para nada intervinieron en la celebración del contrato aseguratorio, y por virtud de la mala fe de la entidad financiera se ven en la obligación de pagar una obligación de un causante, obligación que no contrajeron, y contrato de seguro grupo deudores, de cual no eran partes.

²⁸ Para adoptar un modelo de negocio eficiente que respondiera al mercado masivo de bienes y servicios, los empresarios acogieron la elaboración de contratos con condiciones homogéneas, a través de los cuales se fijaron reglas uniformes o “modelos contractuales fijos, estereotipados” (Rezzónico, J., “*Contratos con cláusulas predispuestas, condiciones negociales generales*”, Astrea, Buenos Aires, 1987, pp. 130 y 131).

²⁹ Sobresale, por regla general, una desigualdad patrimonial, jurídica y técnica entre los contratantes, como ocurre, por ejemplo, en el contrato de seguro, y por quienes intervienen en las relaciones de derecho del consumidor.

³⁰ La posición dominante en la relación contractual, recae en la parte fuerte de ésta, quien tiene la prerrogativa, no solo de elaborar el contenido del contrato, creando un modelo tipo o estándar, sino además, cuenta con un mayor margen de autonomía, al decidir cómo y con quien contratará según su esquema o modelo de negocio, en tanto que sólo lo harán si su contraparte, acoge el contenido contractual predispuesto por ellos (Mosset Iturraspe, J. y Soto Coaguila, C. “*El contrato en una economía de mercado*”, colección internacional, número 5, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, segunda edición, 2009, Bogotá D.C.

³¹ Por el virtual desequilibrio de las partes que ocasiona este tipo de relación contractual, el Estado, a través de su función legislativa y judicial, fija normas imperativas, en perspectiva con las decisiones judiciales, atinentes a garantizar un mínimo de reciprocidad y justicia entre las partes, permitiendo a su vez la libre y honesta competencia en el mercado.

En el caso de estos seguros se opera una condición suspensiva con la muerte del deudor, de tal modo, que cuando se materializa el riesgo acaeciendo el siniestro, se torna exigible la prestación aseguraticia donde el beneficiario, el acreedor (banco), automáticamente debe hacer exigible la prestación a la aseguradora, debiendo realizar las conductas para recaudar la prestación. Y al no hacerlo, como en el presente caso, sin duda se hace solidario y corresponsables con su aliada la aseguradora, pues al omitir esa conducta de cobro del valor asegurado a la aseguradora, incurre en fraude obligacional. El hecho de que un fallecido tenga bienes y por tanto, exista una garantía no puede afectar el patrimonio que quiso proteger el asegurado, abusando el sistema financiero de su posición dominante. Esto de tajo, afecta el principio de la buena fe. De modo que el juez, no puede favorecer a las partes que en la ejecución de un contrato actúan en contra de la ética jurídica para sustraerse del cumplimiento del contrato que han celebrado; y de contera, desconociendo y cercenando el derecho para exigir el cumplimiento del contrato de seguro grupo de deudores, para solicitar la restitución de lo indebidamente pagado, cuanto de conformidad con el contrato aseguraticio era prestación propia y directa de la aseguradora frente al Banco. La situación no podía agravarse, aplicándose al reclamo la prescripción de dos años, en lugar de la extraordinaria de cinco años.

Por consiguiente, correspondía al juez de los jueces hacer justicia evitando abuso con relación a los intereses de

la parte deudora, persona natural, cuyos derechos eran reclamados por cónyuge y herederos.

7. Otros principios. Además de los expuestos, se entretajan en éste texto, los de simetría y paridad contractual entre las partes del contrato de seguro, los de cumplimiento de los deberes primarios y secundarios ya expuestos junto a la buena fe y como parte de ella también, los principios generales de derecho con especial incidencia del de equidad, el principio de relación exclusiva entre asegurador-asegurado y terceros mediados por virtud de la conexidad jurídica, funcional, técnica y económica derivada eventualmente de las partes; y, por supuesto, por hallarse el contrato en el ámbito del Estado constitucional y social de Derecho, los principios, valores y derechos constitucionales como base de la ética negocial en las circunstancias de carencias normativas para resolver los conflictos entre los contratantes.

Estos principios fueron coetáneamente infringidos en la situación de facto, tras afectar el derecho de los demandantes con una prescripción ordinaria inaplicable a quienes no intervinieron ni conocían de la existencia de contrato de seguro.

8. De la prescripción en general

Es un modo de adquirir las cosas ajenas o de extinguir las acciones o derechos de los demás, por la posesión de las mismas, sin que los últimos se hayan ejercido durante un

tiempo determinado y concurriendo ciertos requisitos legales (artículo 2512 del Código Civil).

Con base en la anterior definición, se puede afirmar que esa institución jurídica es de dos especies: 1. adquisitiva o usucapitiva, y 2. extintiva o liberatoria. La primera, cumple su rol en el campo de la adquisición de los derechos reales y, de manera especial, en el de la propiedad.

Sobre el papel de la segunda, en torno a la cual gira el debate, su propósito es extinguir las acciones y los derechos ajenos (Art. 2535 del C.C.), y son dos los elementos que la estructuran: (i) el transcurso del tiempo señalado en la ley; y (ii) la inacción del acreedor.

8.1. Prescripción del artículo 1081 del Código de Comercio y su aplicación en materia de seguros. La prescripción que gobierna la situación de los terceros es la extraordinaria y no la ordinaria como erróneamente lo dejó sentado la Sala

En el *sublite*, se debe recordar, que el artículo 1081 del Estatuto Mercantil consagra un régimen especial de prescripción aplicable al contrato de seguro y contempla dos modalidades extintivas de las acciones que dimanen de aquel.

La primera, la **ordinaria** a la cual el Código le asigna un plazo corto de **dos años**, contados a partir del momento

en que el interesado tuvo conocimiento, real o presunto, **(elemento subjetivo)** del hecho que da causa a la acción.

La segunda, la **extraordinaria**, la norma consagra un término máximo de **cinco años** contados a partir del momento en que nace el derecho **(elemento objetivo)** y en relación con toda clase de personas. Esta última comienza a operar, en caso de que el titular del derecho no haya tenido conocimiento de ese hecho, o que, teniéndolo, no ejerció su derecho dentro de los términos del mismo fenómeno extraordinario.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

En proveído de 3 de mayo de 2000³², la Sala, evocando la exposición de motivos adelantada por la Comisión redactora del proyecto de Código de Comercio de 1958, en torno al artículo 898 -hoy 1081 del Estatuto Comercial-, sostuvo:

“(...) Esta materia fue objeto de esmeradas cavilaciones. Se tuvo en mientes el principal fundamento filosófico-jurídico de la prescripción, que no es otro que la necesidad de darles consistencia y estabilidad a las situaciones jurídicas. Igualmente tuvimos en cuenta las conveniencias de las partes que intervienen en el contrato de seguros

“Optamos por establecer dos clases de prescripción, una ordinaria y otra extraordinaria... La ordinaria empieza a contarse desde el momento en que se tiene conciencia del derecho que da nacimiento a la acción. No corre contra los incapaces....

³² CSJ. Civil. Sentencia de 3 de mayo de 2000, exp. 5360. M.P. Nicolas Bechara Simancas, reiterada, entre otros pronunciamientos, el 4 de abril de 2013. Exp. 2004-00457.

“Para quien no tiene conocimiento de él, cualquier término puede considerarse corto, pero el orden jurídico exige que se fije uno cualquiera. El de cinco (5) años es razonable. Y debe correr contra toda clase de personas.

“Ventajoso para el asegurador, porque después de transcurridos cinco años desde la fecha del siniestro, puede disponer de la reserva correspondiente. Desventajoso, porque al vencerse ese término, ya no podrá alegar la nulidad del contrato por vicios en la declaración de asegurabilidad (...)”³³.

Al respecto, la Sala, de antaño, adoctrinó lo siguiente:

“(...) Está fuera de lugar toda distinción en cuanto a las personas contra las cuales corre la prescripción, según se trate de la ordinaria o de la extraordinaria, y que quiera fundarse en las distintas expresiones usadas en los incisos segundo y tercero de la norma transcrita. En aquél se habla del “interesado” y en éste de “toda persona”.

Por “interesado” debe entenderse quien deriva algún derecho del contrato de seguro, que al tenor de los numerales 1º, 2º, y 3º del artículo 1047 son el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador. Estas son las mismas personas contra quienes puede correr la prescripción extraordinaria, porque no se trata de una acción pública que pueda ejercitar cualquiera. Aquellas personas distintas de los interesados carecen de acción, pues el contrato de seguro es para ellos res inter alios acta”.

Enseguida, indicó que el término de una y otra prescripción comienza a correr desde momentos distintos así:

“(...) el de la ordinaria, a partir de cuando el interesado (y ya se vió quienes son) tuvo conocimiento o razonablemente pudo tenerlo, “del hecho que da base a la acción”. Este hecho no es, no puede ser otro, que el siniestro, entendido éste, según el artículo 1072 ibídem, como “la realización del riesgo asegurado”, o sea del hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador y correlativamente del derecho del asegurado (artículos 1045 numeral 4º y 1054 del C. de Co. Y 1530 y 1542 del C.C.)”.

³³ Ministerio de Justicia, Bogotá, T.II, 1.958.

“El de la extraordinaria comienza a correr “contra toda clase de personas...desde el momento en que nace el respectivo derecho”, expresión ésta que sin duda alguna equivale a la que emplea el segundo inciso del artículo que se comenta. El derecho a la indemnización nace para el asegurado o para el beneficiario, en su caso, en el momento en que ocurre el hecho futuro e incierto a que estaba suspensivamente condicionado, o lo que es lo mismo, cuando se produce el siniestro.

La expresión “contra toda clase de personas” debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aun contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.). así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento del siniestro”.

“El término de la prescripción extraordinaria corre, pues, desde el día del siniestro, háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso, ya que la suspensión solo cabe en la ordinaria (...)”³⁴.

Esta postura fue reiterada por esta Corporación en la citada sentencia de 3 de mayo de 2000. Allí, adicionalmente sostuvo:

“(...) [R]esulta claro que el legislador colombiano del año 1971, (...) prohibió para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria, cimentadas en postulados disímiles a los que disciplinan este binomio en la prenotada codificación civil (arts. 2535 y 2512), no empece haber conservado la misma denominación asignada por esta a la prescripción adquisitiva (art. 2527, C.C.).

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades éstas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y ‘toda clase de personas’ –incluidos éstos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, la floración –eficaz- de la reticencia o de la inexactitud en la declaración del estado de riesgo, etc.), al paso que la extraordinaria, justamente por ser

³⁴ CSJ. Civil. Sentencia de 7 de julio de 1977. M.P. José María Esguerra Samper.

objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.

Quiere decir lo anterior, que al contrario de lo que acontece en un apreciable número de naciones, el legislador colombiano, ex profeso, le dio carta de ciudadanía a una prescripción (la extraordinaria) fundada en razonamientos absolutamente objetivos, haciendo, para el efecto, tabla rasa de aquel acerado y potísimo axioma de raigambre romana, conforme al cual “contra quien no puede ejercitar una acción no corre la prescripción” (*contra non valentem agere, non currit praescriptio*), también conocido a través del enunciado jurídico: “la acción que no ha nacido, no puede prescribir” (*actionis nondum natae, non praescribitur*), postulado éste que tiene como plausible cometido el garantizar que el término respectivo se inicie a partir de que la acción siendo cognoscible por parte del interesado, pudo ser ejercida, eliminando por tanto, de raíz, la posibilidad de que una acción prescriba sin que el interesado, incluso, se haya enterado de su previa existencia. Como lo expresa M. Planiol, no sería consecuente, desde esta perspectiva, “...que el derecho se perdiera antes de haberlo podido ejercer, lo que sería tan injusto, como absurdo” (*Traité Élémentaire de Droit Civil, L.G.D.J, Paris, 1.912, p. 210*) (...) ³⁵.

Ahora, los precedentes de 7 de julio de 1977 y de 3 de mayo de 2000, sirvieron de báculo para la providencia de 19 de febrero de 2002, donde la Sala insistió en punto a las dos clases de prescripción consagradas en el artículo 1081 del Código de Comercio, las cuales:

“(...) se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente.

³⁵ CSJ. Civil. Sentencia de 3 de mayo de 2000, exp. 5360. M.P. Nicolas Bechara Simancas, reiterada, entre otros pronunciamientos el 19 de febrero de 2002, exp. 6011; el 6 de diciembre de 2018. Rad. 2007-00217-01.

Siguiese de lo anterior que, por tanto, no es elemento que sirva para distinguir esas dos especies de prescripción, que una y otra se apliquen sólo a ciertas acciones derivadas del contrato de seguro o de las normas que lo regulan, esto es, que la prescripción ordinaria cobre vigencia únicamente en relación con determinadas acciones y que la extraordinaria, a su paso, tenga cabida frente a otras. Como con claridad suficiente lo consagra el inciso 1º del precepto que se analiza, "La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen...", de todas ellas por igual, reitera la Corte "podrá ser ordinaria y extraordinaria". Cabe afirmar, entonces, que todas las acciones de que se trata son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria, ora por prescripción extraordinaria, y que, por tanto, la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue (...)³⁶".

Los precedentes anteriormente citados, de igual modo, sirvieron de soporte al proveído de 31 de julio de 2002, donde la Sala, de cara al análisis del cumplimiento de un contrato de seguro de vida, mantuvo y reiteró la interpretación conferida al artículo 1081 del Código de Comercio,

"(...) consistente en que las dos clases de prescripción mencionadas "se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente" (Sent. 19 de febrero de 2002, expediente 6011). Ciertamente que, desde esa perspectiva, la extinción de las acciones derivadas del contrato de seguro por medio de la prescripción se halla regulada íntegramente en el Código de Comercio, lo que imposibilita sobreponer a las disposiciones de éste las reglas que, como las de suspensión de los términos de prescripción, consagra el Código Civil.

³⁶ CSJ. Civil. Sentencia de 19 de febrero de 2002, exp. 6011, M.P. Nicolas Bechara Simancas, citada, entre otros pronunciamientos, el 19 de febrero de 2013, exp. 6571.

6. *Situada la Corte en la especie de este proceso, observa que los hijos del tomador del seguro, beneficiarios del mismo, eran menores de edad cuando sucedió el siniestro y cuando se efectuó el reclamo a la aseguradora, de manera que respecto de ellos cabe aplicar la prescripción extraordinaria referida, la cual, como se dijo, cubre a "toda clase de personas"; y que a la fecha de presentación de la demanda, o sea el 8 de abril de 1996, había vencido con creces el quinquenio que establece el artículo 1081 del C. de Comercio, contado a partir del suceso ocurrido el 29 de abril de 1979, que corresponde al término de la prescripción extraordinaria extintiva de las acciones provenientes del contrato de seguro, el cual no se halla sometido a la suspensión dispuesta en materia civil (...) ³⁷* (Subrayado para destacar).

Luego, en sentencia de 12 de febrero de 2007, esta Colegiatura precisó que el rechazo de la reclamación, no puede tenerse como referente inicial para contar el término de prescripción ordinaria previsto en el artículo 1081 del Estatuto Comercial

"(...) como sugiere el recurrente, porque según la propia norma la prescripción se inicia "desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción", disposición que indudablemente descarta la búsqueda de una ocasión distinta para despuntar la contabilización del citado término de dos años (...) ³⁸".

En fallo adiado el 29 de junio de 2007, la Corte analizó la prescripción extintiva aplicable a la acción directa ejercida por la víctima beneficiaria de un contrato de seguro de responsabilidad civil, ubicándola en el hito temporal de la prescripción extraordinaria, por cuanto, al tratarse de una persona ajena al contrato de seguro, muchas veces no conoce siquiera de su existencia:

³⁷ CSJ. Civil. Sentencia de 31 de julio de 2002, exp. 7498

³⁸ CSJ. Civil. Sentencia de 12 de febrero de 2007, exp. 1999-00749-01, M.P. Edgardo Villamil Portilla.

“(...) Por consiguiente, resulta meridiano que aun cuando los cánones 1081 y 1131 del Código de Comercio deben interpretarse conjunta y articuladamente, según se evidenció, tampoco es menos cierto que el segundo de ellos, al fijar como único perceptor de la prescripción de la acción directa de la víctima en un seguro de responsabilidad, la ocurrencia misma del siniestro, pudiendo haber tomado otra senda o camino, optó por la prescripción extraordinaria que, por contar con un término más amplio -cinco años-, parece estar más en consonancia con el principio bienhechor fundante de dicha acción que, como señaló en breve, no es otro que la efectiva y real protección tutelar del damnificado a raíz del advenimiento del hecho perjudicial perpetrado por el asegurado, frente al asegurador, propósito legislativo que, de entenderse que la prescripción aplicable fuera la ordinaria de dos años, por la brevedad del término, en compañía de otras vicisitudes, podría verse más comprometido, en contravía de su genuina y plausible teología.

En el entendido que la prescripción extintiva es tema que está indisolublemente ligado -de una u otra manera- al ejercicio efectivo de los derechos y acciones, tórnase indispensable, a la par que aconsejable, que la Sala se detenga en algunos aspectos de la acción directa, relacionados fundamentalmente con su efectiva utilización por la víctima frente al asegurador, que permitirán comprender mejor su naturaleza, características y finalidad y, por lo mismo, establecer, en definitiva, la prescripción que le resulta aplicable, así como su modus operandi, pues su esclarecimiento necesariamente incidirá en la temática referente a la prescripción de las acciones radicadas en cabeza de la víctima que, justamente, son materia de escrutinio en sede casacional”.

“En este orden de ideas, es del caso puntualizar que si se admitiera que en frente de la comentada acción directa la prescripción aplicable fuera la ordinaria, de sólo dos años -como lo juzgó el Tribunal-, ese término resultaría exiguo respecto de la consecución real y efectiva por parte de la víctima de la información relativa al seguro, circunstancia que deviene trascendente en la medida en que, como ya se explicó, de ella, en últimas, depende el efectivo -y no retórico o nominal- ejercicio de la acción.

De suerte, pues, que considerado el inequívoco y adamantino propósito del legislador encaminado -recta via- a autorizar al perjudicado dirigirse en contra del asegurador, siendo connatural al ejercicio de dicha acción la satisfacción, voluntaria o forzada, del deber de información a que se ha hecho mérito en esta providencia, debe igualmente concluirse que el artículo 1131 del Código de Comercio, modificado por el artículo 86 de la mencionada ley 45 de 1990, en que se previó a favor de la víctima esa puntual reforma, estatuyó para la referida acción directa solamente la prescripción extraordinaria de cinco años, cuyo término, además por ser más amplio y holgado, acompasa

con el mencionado cometido legislativo y con la posibilidad de obtener la víctima del asegurador la efectiva reparación del daño que le fue irrogado por el asegurado, conforme las circunstancias.

Surge paladino de las precedentes apreciaciones de índole jurídica, que ciertamente el Tribunal, al acoger la excepción de prescripción propuesta por la aseguradora demandada, erró en la aplicación de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, como quiera que para arribar a tal determinación, sin parar mientes en que dicho mecanismo defensivo se propuso en frente de la acción directa ejercida por la parte demandante en contra de la aludida empresa, hizo actuar la prescripción ordinaria de sólo dos años y, con tal base, coligió que la acción se promovió por fuera de ese bienio, contado desde cuando tuvo ocurrencia el siniestro, cuando, como con amplitud se dejó analizado, la prescripción llamada a disciplinar el asunto era la extraordinaria de cinco años, que de haberse tenido en cuenta, a las claras, hubiere conducido a la desestimación de la referida excepción, pues partiéndose igualmente del momento en que se ocasionó el daño a la actora por parte del asegurado, se imponía colegir que la demanda fue oportuna (...)»³⁹.

En igual dirección, en proveído de 25 de mayo de 2011, precisó la Sala que:

“(...) i) la prescripción prevista en el artículo 1131 del C. de Co., en tratándose de un seguro de responsabilidad civil, cuando la víctima acciona es, sin duda, de cinco años, o sea, la extraordinaria; ii) que, por lo mismo, la consagración de dicho aspecto temporal deviene, claramente, demarcada por matices objetivos y no subjetivos; iii) esto último significa que el término cuenta a partir del acaecimiento del siniestro o el hecho imputable al asegurado, independientemente que lo haya conocido o no el afectado; además, corre frente a toda clase de personas, inclusive los incapaces.

Aflora así mismo y de manera incontestable, que tratamiento normativo de semejante talante impone la concurrencia de un elemento imprescindible, definitivo, en verdad, para fijar el sentido de la decisión reclamada, como es que la víctima haya sido quien acometió la acción judicial en contra de la aseguradora, o sea, comporte el ejercicio de un accionar directo (artículos 84 y 87 de la Ley 45 de 1990); en otros términos, los efectos favorables que el actor pretende derivar de la norma invocada podrán producirse siempre y cuando la litis involucre

³⁹ CSJ. Civil. Sentencia de 29 de junio de 2007. exp. 1998-04690-01, M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, reiterada, entre otros pronunciamientos, el 4 de abril de 2013. exp. 2004-00457; el 1 de diciembre de 2015. Rad. 2006-00343-01; el 6 de mayo de 2016. Rad. 2004-00032-01

como demandante al agredido y como demandada a la aseguradora y, por supuesto, concierna con el seguro de responsabilidad civil. No aconteciendo así, lisa y llanamente, la disputa devendría gobernada por disposiciones diferentes, pues es evidente que la que en esos términos prescribe es la acción directa de la víctima contra la empresa aseguradora. O, para decirlo más explícitamente, tal hipótesis concurre en la medida en que la reclamación judicial involucre a la víctima como accionante y, en la parte demandada, a la sociedad emisora del seguro (...)⁴⁰.

Como adelante puntualizo, luego de las presentes reflexiones de los dos tipos de prescripción que campean en materia aseguraticia, resulta inaceptable que la Corte ahora, no case la sentencia, procediendo a confirmar la de primera instancia. El 1081 del C. de Co. y toda la doctrina que sobre la prescripción se ha esbozado, deja claro que la prescripción ordinaria esencialmente tiene que ver con las partes intervinientes en el contrato; mientras para todas las otras, resulta lógico y coherente, deban estar cobijadas con la prescripción extraordinaria. Por tanto, inferir que por el hecho de que una persona sea cónyuge, compañero o asignatario de un causante que intervino en un contrato tenga la calidad de parte, para hacerle valer la prescripción ordinaria, es un argumento aventurado e insostenible, porque el parentesco no tiene la virtualidad de transferir y tornar cognoscibles las cláusulas y condiciones de un contrato, como el de seguro, frente al cual jamás actuaron los herederos, cónyuges o compañeros.

⁴⁰ CSJ. Civil. Sentencia de 25 de mayo de 2011. exp. 2004-00142-01, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena.

9. Del caso puesto a consideración de esta Sede y la imperativa necesidad de aplicar la prescripción extraordinaria y no la ordinaria

Conforme a lo expuesto *ab initio*, el contrato de seguro contenido en la póliza de vida grupo deudores No. 083-112481, fue otorgado por Seguros de Vida Suramericana S.A., siendo tomador y beneficiario Bancolombia S.A., asegurado Juan Francisco Ochoa Correa, quien falleció el 25 de enero de 2015 y como causahabientes la cónyuge sobreviviente e hijos de aquél, hoy demandantes.

Siendo así el *quid* de la cuestión, la entidad financiera era en principio quien debía reclamar la indemnización a la aseguradora y lograr que ésta le cancelara la deuda, una vez acaecido el siniestro, esto es, a la muerte del asegurado. Su “*paciencia aquiescencia, pasividad o tolerancia caus[ó] de rebote un perjuicio en el patrimonio de [la] causante y a su turno en el de la herencia y sociedad conyugal*”⁴¹.

De este modo, a las instituciones financieras, en su doble condición de tomador y beneficiario del seguro a título oneroso, como ocurre en el presente asunto, les corresponde delantadamente, promover, las acciones pertinentes encaminadas a formalizar las reclamaciones que les permitan obtener las compensaciones que cubran los saldos insolutos de los créditos adquiridos por sus deudores y

⁴¹ CSJ. Civil. Sentencia 195 de 28 de julio de 2005, expediente 00449. M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez.

agotar esa vía, previo a cualquier requerimiento y/o al inicio de cualquier acción ejecutiva frente a los causahabientes o codeudores.

Así lo precisó esta Corporación al señalar:

“(...) En efecto, al morir el asegurado-prestatario el banco prestamista y tomador- beneficiario del seguro tiene dos acciones a su favor: la ordinaria o ejecutiva, y la de cumplimiento del contrato de seguro contra la compañía de seguros, consiguiendo, a través de cada una de ellas, la misma finalidad: cobrar lo que reste de la amortización del préstamo (...)”⁴².

De manera que, como se expuso en el *subexámine*, los demandantes, *“dada su calidad de cónyuge y herederos del finado deudor asegurado, se vieron en la obligación de adquirir créditos por valor de \$1.400.000.000 con Bancolombia S.A., para pagar aquellos que figuraban a nombre del causante Ochoa Correa [y así, evitar] ser ejecutados”*.

Como se apuntaló, no puede pasarse por alto que el ejercicio profesional especializado de la actividad bancaria, extensivo al ejercicio de las aseguradoras, como personas jurídicas profesionales y vigiladas por el Estado, exige un celoso cumplimiento de las obligaciones precontractuales y contractuales que dicha posición les acarrea, entre ellas, la de responder por los deberes que tienen como tomador y asegurador, actuar de buena fe y coherentemente con los deberes de conducta que de ella derivan, en este caso

⁴² CSJ. Civil. Sentencia de 22 de julio de 2015, Rad. 2009-00161-01. M.P. Margarita Cabello Blanco.

particular, es evidente que Suramericana S.A. soslayó el objeto principal del contrato de seguro, que respaldaba el cumplimiento de la obligación y, en perjuicio de los derechos patrimoniales de terceros.

Desde esta perspectiva, si el acreedor, exigió el pago de la deuda no a la aseguradora sino a los herederos del causante, sin importarle las circunstancias anotadas, estos últimos, en efecto, estaban facultados para ejercer una acción de responsabilidad civil en contra del primero, tras acreditar tener un interés evidente en el cumplimiento del contrato.

En el marco del lazo obligacional aseguraticio, solo están legitimados para actuar como demandantes o demandados, quienes han sido parte en el contrato, sus causahabientes o las personas que han sido beneficiadas por la estipulación hecha a su favor dentro del mismo.

Sin embargo, como los herederos asumieron las deudas del causante, se subrogaron en las acciones del acreedor, circunstancia que como se anotó, se explica por haber sido conminados a solucionar dichos créditos, por tanto, adquirieron, un derecho propio (*iure proprio*), directo, inmediato y personal, con repercusión en sus bienes hereditarios, pues se les irrogó un detrimento patrimonial, ello les confiere una acción personal para exigir el cumplimiento de las prestaciones propias de la relación contractual aseguraticia, así no hayan hecho parte de esta y,

al margen de cualquier consideración sucesoral (*iure hereditario*).

En el caso, en efecto se da una subrogación, por cuanto hubo traslado de un crédito, de que es titular la entidad financiera, el cual, por fuerza de los hechos, y por virtud de la mala fé de la entidad bancaria, debió ser asumido por un tercero que pagó.

Hubo mala fe de la entidad bancaria porque en lugar de exigirle el crédito asegurado a la aseguradora, procedió, soslayando el contrato de seguros que conocía, a favorecer a su asociada, la aseguradora, para emprender contra los intereses de terceros la exigencia de la obligación, afectando los derechos subjetivos de la parte, ahora demandante en este declarativo. Contrastada esta circunstancia con las seis hipótesis de subrogación legal que presenta el art. 1668 del C.C., esta situación se subsume en el numeral “(...) 5. *Del que paga una deuda ajena, consintiéndolo expresa o tácitamente el deudor*”.

Bajo estas premisas, las víctimas, son simplemente afectados en su patrimonio, dado el comportamiento asumido en forma torticera por la entidad financiera, y tomadora del seguro, al exigirles un crédito que se hallaba a cargo de la aseguradora, una vez acaecido el siniestro.

Los actores, en su condición de afectados y subrogatarios, por haber pagado una deuda que no era propia, ostentaban una legitimación patente para la presente

acción. Al contar el fallecido con un contrato asegurativo que se venía cumpliendo y tras haber acaecido su deceso, como siniestro asegurado, correspondía al Banco demandante cobrar a la aseguradora y no a los terceros, ahora demandantes, en su condición de interesados en la sucesión del asegurado, Juan Francisco Ochoa Correa.

Acaecido el siniestro, estaba entonces a cargo de la aseguradora la obligación de pagar el correspondiente seguro al Banco demandado; empero, no lo hizo. El ente financiero, por su parte, tampoco hizo valer la acción propia dimanante del contrato de seguro; y por el contrario, de mala fé exigió a quienes no eran parte del contrato, la obligación crediticia.

Los demandantes en este decurso declarativo, al haber solucionado el crédito del difunto sin corresponderles, por no formar parte de esa relación obligatoria asegurativa, sin duda, estaban legitimados para solicitar la restitución de lo indebidamente pagado, o para ejercer la acción subrogatoria contra el Banco y la aseguradora. Tras haber solucionado la deuda, emergía para éstos un interés directo para subrogarse en lo pagado.

Sobre legitimaciones de este talante, esta Corporación asentó:

“(...) que en los alrededores del contrato hay personas que ciertamente no fueron sus celebrantes, pero a quienes no les es indiferente la suerte final del mismo. Dicho de otro modo, no sólo el patrimonio de los contratantes padece por la ejecución o inejecución del negocio jurídico; también otros patrimonios, de

*algunos terceros, están llamados a soportar las consecuencias de semejante comportamiento contractual (...)*⁴³.

El análisis de lo trasuntado resultaba esencial para abordar el tema aquí planteado, por cuanto incide rectamente en la clase de fenómeno extintivo aplicable al caso. La sentencia de segunda instancia revocó la de primer grado al considerar prescrita la acción de los demandantes, al verla gobernada por la prescripción ordinaria de 2 años, como si fueran partes del contrato de seguro, cuando lo pertinente era aplicar la prescripción extraordinaria de cinco años.

Memórese, la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, está prevista en el régimen general, del artículo 1081 del Código de Comercio que alude a la prescripción ordinaria y a la extraordinaria; la primera, de dos años computándose desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción; y, la segunda, de cinco años, la cual correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el derecho.

Era esta última prescripción, de cinco años, la única admisible, acudiendo a la interpretación armónica y sistemática, por cuanto, como se expuso, la cónyuge sobreviviente y los hijos del causante, son ajenos al contrato de seguro y en el fondo, su interés se circunscribe a exigir

⁴³ Sentencia 195 de 28 de julio de 2005, expediente 1999-00449, M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez.

que la aseguradora pague lo que debe. Por ello, en casación la Sala, adoctrinó:

“(...) situada la Corte en la especie de este proceso, observa que los hijos del tomador del seguro, beneficiarios del mismo, eran menores de edad cuando sucedió el siniestro y cuando se efectuó el reclamo a la aseguradora, de manera que respecto de ellos cabe aplicar la prescripción extraordinaria referida, la cual, como se dijo, cobija a “toda clase de personas”; y que a la fecha de presentación de la demanda, o sea el 8 de abril de 1996, había vencido con creces el quinquenio que establece el artículo 1081 del C. de Comercio, contado a partir del suceso ocurrido el 29 de abril de 1979, que corresponde al término de la prescripción extraordinaria extintiva de las acciones provenientes del contrato de seguro, el cual no se halla sometido a la suspensión dispuesta en materia civil (...)”⁴⁴.

En el caso, si la viuda y los herederos no fueron parte en la relación aseguraticia, por consiguiente, la prescripción llamada a disciplinar el caso era la extraordinaria, en cuanto demanda del transcurso de cinco (5) años contados a partir de la consolidación del derecho, siendo oponible contra toda persona, incluidos los incapaces. Quienes son ajenos al convenio, muchas veces ni siquiera conocen de su existencia, situación que deviene, claramente, demarcada por matices objetivos y no subjetivos, en pro de la protección de las prerrogativas de los recurrentes.

En efecto, enseña el artículo 1081 del Código de Comercio que, *“La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”*, con carácter subjetivo; mientras que para

⁴⁴ COLOMBIA, CSJ. Civil. Cas. el a del 31 de julio de 2002, M. P. Silvio Fernando Trejos Bueno, Exped. 7498. Demandante, Fátima Said De Faillace, Martha Lucia y Carmelo Faillace Said contra la compañía de Seguros Bolivar S. A.

la extraordinaria, con linaje objetivo indiscutido, señala que “(...) *será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho*”, permitiendo colegir siguiendo las pautas de la propia Sala, que “(...) *la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue*”⁴⁵.

En la providencia arriba citada, y ahora nuevamente recordada, compendió en el año 2007, la doctrina más relevante sobre la prescripción, señalando, terminantemente que con relación a una persona extraña al contrato de seguros, como el caso de la víctima en la responsabilidad civil extracontractual por seguro de daños, cuando ejerce la acción directa, el gobierno de su acción indemnizatoria es la prescripción extraordinaria de cinco años, no la ordinaria de dos años, y que como excepción:

“(...) a la acción directa de la víctima contra el asegurador, autorizada expresamente por la Ley 45 de 1990, es aplicable únicamente la prescripción extraordinaria contemplada en la segunda de las disposiciones aquí mencionadas, estereotipada por ser objetiva; que corre en frente de “toda clase de personas”, vale decir, capaces e incapaces, y cuyo término es de cinco años, que se contarán, según el caso, desde la ocurrencia misma del siniestro, o sea, desde la fecha en que acaeció el hecho externo

⁴⁵ COLOMBIA, CSJ. CIVIL. CAS. del 19 de febrero de 2002, M. P. NICOLÁS BECHARA SIMANCAS, exped. 6011. Demandantes, Compañía Agrícola de Seguros S.A., Seguros La Andina S.A e Interamericana Compañía de Seguros Generales S.A.

imputable al asegurado -detonante del aludido débito de responsabilidad”⁴⁶.

Por consiguiente, analizando estos dos casos, y algunos otros arriba citados, salta patente que es especial el régimen aseguratorio. Esta postura la adopté, por ejemplo, en el caso de las acciones indemnizatorias del 1131 del C. de Co., para señalar que ninguna de ellas, puede estar guiada por la prescripción prevista en el C.C. o por vicisitudes que la vuelvan imprescriptible, para dar pábulo a la reclamación en cualquier tiempo, como lo expliqué en mi salvamento de voto a la sentencia de tutela CSJ. Civil, STC13948-2019⁴⁷, en la acción constitucional que formuló Flota Occidental contra un declarativo que cursó en el Tribunal de Antioquia, de los Urrutia contra la transportadora quejosa, donde bajo una interpretación “*sui generis*” se tornó imprescriptible en la práctica, la acción aseguratoria, en el caso del asegurado contra la aseguradora.

Para quienes no intervienen en un contrato de seguros, como en la hipótesis actual de la cónyuge e hijos del asegurado en el seguro grupo deudores, no pueden estar expuestos a una prescripción ordinaria, ante todo, cuando ninguno de los actores fue parte en el contrato, y además, se legitimaron por causa de la subrogación. La Sala cambia estrepitosamente el criterio que expuso en el fallo de tutela anterior STC13958-2019, porque luego, de haber defendido

⁴⁶ COLOMBIA, CSJ. Civil. Cas. del 29 de junio de 2007, Exped. 04690. Demandantes, Vargas Lolli y Cía. S. en C.; B. Veritas de Colombia Ltda.; Bivac de Colombia Ltda. contra Aseguradora Colseguros S.A.; Cadena Fawcett y Cía. Ltda. Tipología de la cita M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

⁴⁷ COLOMBIA, CSJ. Civil. Cas. del 11 de octubre de 2019, Rad. 2019-02764-00 de Flota Occidental S.A. contra la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Antioquia M. P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

que la acción del asegurado contra la aseguradora en relación con la acción indemnizatoria directa donde habían transcurrido más de diez años no era viable declarar la prescripción, sin embargo, ahora en un salto mortal inexplicable, aplica la prescripción de los dos años, para negarle el derecho a los demandantes.

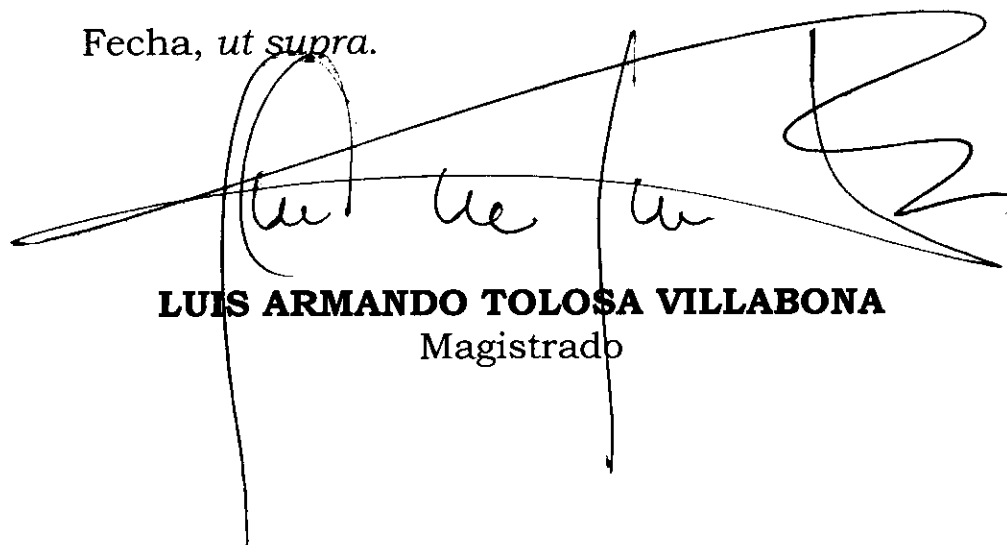
En este caso, se pasan por alto, los dos precedentes antes citados de los hijos del fallecido y el evento del 2007 para la acción directa de la víctima, respecto de la cual se sentó la tesis de la prescripción extraordinaria, decisiones, las dos, donde se aplicó la prescripción de cinco años, pero además, se omite contemplar la singular sentencia STC13958-2019.

De tal modo que el plazo extintivo en el caso, no podía estar ligado con los dos años, sino con la cinco años, en cuanto corre contra toda clase de personas, sean capaces o con discapacidad, contabilizables desde la ocurrencia del hecho externo, identificado con la fecha cuando ocurrió el siniestro, y dependiendo de la persona que ejerza el derecho, cuyo término, insisto, no puede ser sino el de cinco años, frente a quienes no son parte de un contrato, como los hijos y cónyuge del fallecido, despuntando desde cuando ocurrió el siniestro. No puede predicarse que el solo parentesco de consanguinidad o el vínculo matrimonial o marital los torne conocedores de las acciones de su causante, por cuanto de paso se afectan los derechos de los usuarios y asegurados, donde toda duda debe resolverse a favor de éstos.

Era, por tanto, necesario acceder a las pretensiones confirmando la decisión de primera instancia, aplicando la prescripción extraordinaria para el caso juzgado. De esta manera, siguiendo los anteriores lineamientos y contrastada la foliatura, si esa era el término prescriptivo y no de dos años, la extinción extraordinaria aún no se había materializado, pues si Juan Francisco Ochoa falleció el 25 de enero de 2015 y la demanda se presentó el 5 de mayo de 2017, sin superar el quinquenio previsto en el inciso 3° del artículo 1081 *ejusdem*, la acción se formuló en tiempo, y la condena contra las demandadas devenía inobjetable, amén de la forma fraudulenta como actuaron frente a los usuarios del sistema aseguraticio.

10. Con lo anterior dejo fundamentado mi criterio, significando que se afectaron los derechos fundamentales de quienes no fueron parte en un contrato de seguro, merced a la forma contraria a derecho como actuó el sistema financiero en contra de los demandantes, en un caso que reclamaba justicia.

Fecha, *ut supra*.



LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
Magistrado

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

SALA DE CASACIÓN CIVIL

SC4904-2021

**MAGISTRADO PONENTE
OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE**

RADICACIÓN N° 66001-31-03-003-2017-00133-01

(APROBADO EN SESIÓN DE DIEZ DE JUNIO DE DOS MIL VEINTIUNO)

**BOGOTÁ, D.C., CUATRO (4) DE NOVIEMBRE
DE DOS MIL VEINTIUNO (2021)***

Doi:10.11144/Javeriana.ris55.csjs

La sentencia se refiere al tema de la prescripción en el contrato de seguro, concretamente a la prescripción aplicable al cónyuge y los herederos del deudor asegurado bajo una póliza de seguro de vida deudores cuyo tomador y beneficiario por el saldo insoluto de la deuda, es la entidad financiera.

LOS HECHOS:

1. El deudor suscribió en varias oportunidades unos formularios denominados «*solicitud individual y declaración de asegurabilidad para seguro vida deudores*», y declaró que no sufría trastornos cardíacos.
2. Los créditos fueron amparados por póliza de vida grupo deudores con cobertura básica de vida, invalidez, desmembración, inutilización por accidente o enfermedad, cuyo tomador y beneficiario oneroso era el banco, y asegurado el deudor fallecido.
3. El 27 de enero de 2015 el deudor falleció a causa de una insuficiencia respiratoria y el 17 de febrero siguiente, la cónyuge sobreviviente y los herederos, radicarón

* Reseña elaborada por la Dra. María Cristina Isaza Pose. Abogada Universidad Javeriana. Especialista y Magistra en Derechos de Seguros. Asesora y consultora. Profesora Universitaria. Contacto: mcisaza@isazaposse.com

en el banco la reclamación dirigida a la aseguradora, respecto al cubrimiento de las obligaciones.

4. El 25 de marzo de ese mismo año, la aseguradora objetó el pago, argumentando que existió reticencia por parte del asegurado porque desde el año 2001 tenía antecedentes cardiovasculares importantes (enfermedad coronaria, angioplastia, stent).
5. Existió omisión por parte del asegurado en declarar sus antecedentes cardiovasculares, pero, ya había transcurrido el término de cinco (5) años que tenía para demandar y alegar la nulidad relativa respecto de cuatro de los créditos, y respecto de otros, no se presentó relación de causalidad entre el origen de la muerte y la reticencia.
6. Se convocó a la aseguradora y al banco a audiencia de conciliación extrajudicial, la cual resultó fallida, según constancia del 1° de abril de 2016.
7. Ante la negativa de la aseguradora, los demandantes adquirieron créditos con el mismo banco, por el valor de las obligaciones que figuraban a nombre del causante.
8. El 5 de mayo de 2017 la cónyuge y los herederos demandaron judicialmente a la aseguradora y al banco solicitando el pago de la prestación asegurada.

LA PRETENSIÓN:

1. Se solicita declarar la existencia y validez del contrato de seguro de vida grupo deudores, cuyo tomador y beneficiario oneroso es el banco y asegurado el deudor fallecido, y se ordene a la aseguradora el pago *«por haber quedado saneada por el paso del tiempo la supuesta nulidad relativa por reticencia (...) y por no existir relación de causalidad entre esta inexactitud y la causa de la muerte»*.
2. En consecuencia, condenar a la aseguradora, a pagar al banco los saldos insolutos de los créditos aprobados, otorgados y desembolsados a favor del deudor fallecido que, a marzo 18 de 2016, ascendían a \$1.400.000.000, por concepto de capital e intereses y, a su vez, el banco les reembolse la misma suma que fuera pagada para cancelar todas las obligaciones con sus respectivos intereses.

EXCEPCIONES DE MÉRITO:

1. La aseguradora alegó, *«falta de legitimación en la causa por activa de los demandantes», «prescripción extintiva», «nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia», «inexistencia de obligación para el asegurador de demostrar cuál habría sido su actitud negocial de no haber mediado la reticencia», «ausencia de vínculo contractual por la nulidad, inexistencia e ineficacia del contrato de seguro», «inexistencia de subrogación frente al asegurador», «ausencia de cobertura por exclusión de preexistencias», «genérica», «prescripción y caducidad»*.
2. El banco, excepcionó *«falta de legitimación en la causa por pasiva», «incongruencia de la demanda», «culpa exclusiva de las deudoras», «ausencia de los*

requisitos de la responsabilidad civil contractual», «incongruencia de los presupuestos axiológicos de la responsabilidad civil aquiliana o extracontractual», «inexistencia de solidaridad entre Bancolombia S.A. y Seguros de Vida Suramericana S.A., e independencia entre ellas», «ausencia del daño», «ausencia de culpa», «buena fe y cumplimiento de lo pactado en el contrato de mutuo», «genérica o innominada» (fls. 301 a 317).

PRIMERA INSTANCIA:

El a quo declaró no probadas las excepciones propuestas y accedió a las pretensiones de la demanda. Concluyó que la póliza de seguro de vida grupo deudores se encontraba vigente al 27 de enero de 2015 y amparaba el pago de once obligaciones con el banco. Condenó a la aseguradora a pagar la totalidad de las obligaciones del asegurado que fueron canceladas por la cónyuge y los herederos. Se abstuvo de imponer condenas al banco.

SEGUNDA INSTANCIA:

El Superior revocó el fallo impugnado y en su lugar, declaró próspera la excepción de prescripción propuesta por la aseguradora y negó las súplicas de la demanda.

LA SENTENCIA DEL TRIBUNAL:

1. La legitimación en la causa está acreditada, “el cónyuge y los herederos se encuentran legitimados para solicitar judicial o extrajudicialmente el cumplimiento del contrato de seguro de vida grupo deudores tomado por el acreedor, en procura de su propio beneficio a pesar de no haber hecho parte en la relación contractual, porque ante el impago por parte de la aseguradora, dicha actitud causa de rebote un perjuicio en el patrimonio del causante y, a su turno, en el de la herencia y la sociedad conyugal, tal y como lo ha sostenido la Corte en SC 15 dic. 2008, SC 05 oct. 2009 y SC 16 may. 2011.”
2. “El artículo 1081 del Código de Comercio consagra dos clases de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, la ordinaria de dos años y la extraordinaria de cinco; en cada caso concreto debe identificarse el tipo de sujeto y su condición para determinar cuál de los dos términos le es aplicable.”
3. El deudor asegurado murió el 25 de enero de 2015 y era esposo y padre de los demandantes; el 17 de febrero de 2015 los actores radicarón la reclamación ante la aseguradora por conducto del banco. La objeción de la aseguradora es del 25 de marzo de 2015 y la conciliación extrajudicial se declaró fallida el 31 de marzo de 2016. En esas condiciones, era aplicable la prescripción ordinaria de 2 años y no la de 5 años que tuvo en cuenta el a quo sin sustento alguno.
4. Como los demandantes son personas capaces, el término prescriptivo debe contabilizarse a partir de la fecha en que hayan tenido conocimiento del hecho, y cono-

cieron o debieron conocer de la muerte de su padre y cónyuge en el momento en que aconteció. Debió ser así porque a los pocos días presentaron reclamación a la aseguradora, de manera que los dos años contaban desde el 25 de enero de 2015, fecha en que debieron conocer el siniestro, a menos que se hubiera presentado alguna circunstancia de interrupción natural o civil, antes de que se consumara el término extintivo, cosa que no ocurrió pues la aseguradora no ha reconocido el débito y la demanda se presentó cuando ya había transcurrido ese lapso.

5. Tampoco ocurrió la suspensión, dado que la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho fue presentada el 1° de marzo de 2016 y se declaró fallida el 31 de marzo siguiente, de manera que el término se suspendió por un mes y aunque se extendió hasta el 25 de febrero de 2017, no tuvo trascendencia dado que la demanda se presentó el 5 de mayo de 2017.
6. Se reconoce la excepción de prescripción alegada en la contestación de la demanda, que apareja la prosperidad del recurso; “se resalta que el estudio del *a quo* a ese respecto, da cuenta de un desconocimiento evidente del tema por cuanto partió de que la prescripción aplicable era la extraordinaria y no la ordinaria, como aquí se analizó”.

RECURSO DE CASACIÓN:

CARGO ÚNICO

Con soporte en la causal primera del artículo 336 del Código General del Proceso, se acusó la sentencia de ser violatoria de manera directa de la ley sustancial, particularmente, de los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del Código de Comercio, por interpretación errónea y aplicación indebida, así como de los preceptos 1144, 1131 y 822 *ejusdem*, 1602 y 1604 del Código Civil.

Para la censura el Tribunal se equivocó al concluir que la prescripción ordinaria era la que debe regir respecto del cónyuge y herederos del asegurado fallecido que ejercitan la acción contra la aseguradora, cuando en estos casos la pertinente es la extraordinaria. En respaldo de esta tesis, se expone:

1. “Los demandantes ejercieron «acción directa» contra la aseguradora en su calidad de terceros relativos en el contrato de seguro, como «perjudicados en sus patrimonios, por tanto con un interés propio y directo, habida cuenta que por no haber pagado Seguros de Vida Suramericana el valor del siniestro, se vieron obligados a asumir la obligación frente al Bancolombia para no ser ejecutados, dada su calidad de cónyuge y herederos del finado deudor asegurado», y en este caso el Tribunal no puso en duda su legitimación, por el contrario, reafirmó su interés para accionar el pos de evitar un menoscabo patrimonial.”
2. “Sin embargo, el *ad quem* empleó un raciocinio equivocado sobre el alcance interpretativo de los incisos 2° y 3° del artículo 1081, para hallar procedente el primero, desconociendo que «no es un criterio contenido en la norma para ser aplicado a la acción que intenten terceros perjudicados» y «por el hecho de que

sean capaces y tuvieron conocimiento del hecho, no puede concluirse que la prescripción aplicable sea la ordinaria», puesto que ésta atañe al tomador, asegurado, asegurador o beneficiario, mientras que la extraordinaria, al referirse a «toda clase de personas», hace referencia a los «beneficiarios indeterminados, es decir, a las terceras víctimas del siniestro», como lo son en este caso los gestores.”

3. Si bien la ley no regula este punto, por razones obvias, dado que para la época de redacción de la norma los terceros al contrato de seguro no estaban legitimados para efectuar reclamación, la jurisprudencia sí lo hace respecto de una acción bastante similar en su etiología, concedida también a terceros por la Ley 45 de 1990 que modificó el artículo 1131 del Código de Comercio, para entender que en esos eventos opera la prescripción extraordinaria, ratiocinio que es pertinente respecto de la acción que dio origen a este proceso, en la medida que, (...) *tan terceros son la viuda y los herederos en el seguro grupo de deudores, como lo son las víctimas en los seguros de responsabilidad civil. Por tanto, la misma construcción argumentativa que hace la doctrina y que ha hecho la Corte Suprema en pasadas decisiones para concluir que la prescripción pertinente en la acción directa es la extraordinaria; es predicable a la acción directa de los herederos y la cónyuge en el seguro grupo de deudores.*”
4. “De ahí, que el hito a considerar también en estos eventos, debe ser el acaecimiento del hecho externo y no el conocimiento efectivo que de aquel pudiera tener la víctima, tal y como lo concluyó la Corte tratándose de la acción directa, en CSJ SC 29 jun. 2007, extensiva a este evento”.
5. “En suma, erró el Juzgador al aplicar a la solución del caso los términos de la prescripción ordinaria, cuando tratándose de terceros relativos ha debido darles el tratamiento que emerge de la prescripción objetiva, que es la que corre, a partir del acaecimiento del hecho, *«contra cualquier clase de personas y no contra quienes fueron parte en el contrato de seguros, a quienes se les aplicaría la prescripción ordinaria»*, siendo esa la interpretación lógica del alcance del artículo 1081 del Código de Comercio, en el seguro grupo de vida deudores, en consideración a la acción que le corresponde a la viuda y a los herederos del asegurado.”
6. La interpretación que el Tribunal le dispensó al artículo 1081 del Código de Comercio es errada porque dicha norma no prevé que *«a los terceros, la viuda y los herederos que ejercitan una acción directa contra la aseguradora, se les aplique la prescripción ordinaria»*, por lo que, a efectos de llenar ese vacío legal, ha debido realizar un razonamiento interpretativo más amplio a partir de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia para el evento de la acción directa en el seguro de responsabilidad civil, por concernir al término de prescripción más amplio, y porque al ser objetivo corre contra todo el mundo a partir del acaecimiento del hecho, es decir, contra terceros. No obstante, lejos de efectuar una argumentación encaminada a llenar ese vacío, optó por aplicar la prescripción ordinaria”.

CONSIDERACIONES DE LA CORTE:

1. “La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro puede ser ordinaria o extraordinaria; la primera es de dos años y empieza a correr *“desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho*

que da base a la acción”; la segunda, es de cinco años, y corre “*contra toda clase de personas*” y empieza a contarse “*desde el momento en que nace el respectivo derecho*”, términos que, por expresa disposición legal, no pueden ser modificados por las partes (art. 1081 C. de Co.).

En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “*el hecho base de la acción*” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.”

2. “Dada la amplitud del referido texto normativo, *prima facie*, no es factible circunscribir a las distintas tipologías de acciones asegurativas, ninguno de estos modelos de prescripción en particular. De ahí, que, en principio, todas las acciones derivadas del contrato de seguro pueden verse afectadas por la prescripción ordinaria cuyo carácter subjetivo, impone reparar, en cada caso, tanto la calidad de la persona promotora de la acción, como su posición en relación con el hecho que dio origen a la misma o con el derecho que persigue, con miras a determinar si su reclamación se rige por aquella o, en caso contrario, por la extraordinaria, dada la connotación objetiva de la última.”

En ese sentido, según se precisó en CSJ SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01, estas dos formas de prescripción son independientes, autónomas y pueden transcurrir simultáneamente, de modo que, «*adquiere materialización jurídica la primera de ellas que se configure. Ahora bien, como la extraordinaria aplica a toda clase de personas y su término desde cuando nace el respectivo derecho (objetiva), ella se consolidará siempre y cuando no lo haya sido antes la ordinaria, según el caso*».

Por otra parte, en CSJ SC 19 feb. 2003, reiterada entre otras en SC130-2018, en punto al genuino sentido del artículo 1081 del Código de Comercio, se precisó, (...) “*Síguese de lo anterior que, por tanto, no es elemento que sirva para distinguir esas dos especies de prescripción, que una y otra se apliquen sólo a ciertas acciones derivadas del contrato de seguro o de las normas que lo regulan, esto es, que la prescripción ordinaria cobre vigencia únicamente en relación con determinadas acciones y que la extraordinaria, a su paso, tenga cabida frente a otras. Como con claridad suficiente lo consagra el inciso 1° del precepto que se analiza, ‘La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen...’, de todas ellas por igual, reitera la Corte ‘podrá ser ordinaria y extraordinaria’. Cabe afirmar, entonces, que todas las acciones de que se trata son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria, ora por prescripción extraordinaria, y que, por tanto, la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue. (subraya intencional):*

Respecto al extremo temporal a partir del cual despunta el término extintivo, especial referencia merece la hermenéutica de las locuciones previstas por el

legislador en el artículo 1081 del Código de Comercio, concernientes a tener «conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento que nace el respectivo derecho», que, según lo ha precisado esta Sala, no tienen ninguna diferencia sustancial más allá de su redacción, sino que corresponden a una misma idea, y así lo expuso desde la paradigmática SC 07 jul. 1977, y lo siguió reiterando en sus posteriores pronunciamientos, como por ejemplo, en CSJ SC 12 feb. 2007, exp. 1999-00749-01, en la que reiteró la SC 3 may. 2000, exp. 5360, al puntualizar, [L]as expresiones “tener conocimiento del hecho que da base a la acción” y “desde el momento en que nace el respectivo derecho” (utilizadas en su orden por los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del C. de Co.) comportan ‘una misma idea’², esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad³, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria (...).

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.

3. Para la censura, el Tribunal erró en la interpretación del artículo 1081 del Código de Comercio, porque dicha norma no prevé que «a los terceros, la viuda y los herederos que ejercitan una acción directa contra la aseguradora, se les aplique la prescripción ordinaria», por lo que, a efectos de llenar ese vacío legal, ha debido realizar un razonamiento interpretativo más amplio a partir de la jurisprudencia de la Corte para el evento de la acción directa en el seguro de responsabilidad civil, por concernir al término de prescripción más amplio, y porque al ser objetivo corre contra todo el mundo, es decir, contra terceros.

...

Está fuera de discusión que, en principio, solo son «interesados» las personas que derivan algún derecho del contrato de seguro, entre los que estarían el asegurador y el tomador (art. 1037 C. de Co), así como el asegurado y el benefi-

ciario (art. 1047, num. 3° ib.), no obstante, tratándose del seguro de vida grupo, tal y como a lo largo del proceso con vehemencia lo resaltaron los accionantes y lo ratificó el Tribunal, por construcción jurisprudencial se ha reconocido la legitimidad de los cónyuges y herederos de los asegurados para demandar el cumplimiento de las obligaciones de la aseguradora, pese a no tener la calidad de contratantes.

Lo anterior, por cuanto el principio de la relatividad de los contratos no es absoluto y si la inexecución de un negocio jurídico puede beneficiar o afectar indirectamente otros patrimonios, *«se tiene aceptado que los terceros interesados se encuentran facultados para velar por la suerte del mismo. Es el caso, entre otros, del cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, (...) quienes en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde»*. (SC15 dic. 2008, exp. 2001-01021-01).

Desde esa perspectiva, no llama a duda que en esta causa los demandantes tenían la condición de terceros interesados en promover la acción derivada del contrato de seguro para su propio beneficio y fue con soporte en la mencionada línea jurisprudencial, que el *ad quem* dio por acreditada su legitimación por activa. Habiendo obrado al amparo de ese legítimo interés, resulta inadmisibile que ahora, por esta vía extraordinaria, aduzcan su condición de terceros para cuestionar la senda de la prescripción considerada por el juzgador, en total desconocimiento de la doctrina jurisprudencial por ellos mismos invocada para sustentar su reclamación judicial.

4. Se memora, además, que el sentido de la expresión *«contra toda clase de personas»* contenida en el inciso 3° del artículo 1081 *ejusdem*, no hace referencia a los terceros, como lo afirman los recurrentes, pues tal y como lo ha analizado la Corte al tamiz de los artículos 2530 y 2541 del Código Civil, con esa expresión se entiende que la prescripción extraordinaria corre incluso en contra de los incapaces. Así, en CSJ SC 3 may. 2000, exp. 5360, dijo la Sala: *Puntualización adicional requiere la distinción entre una y otra especie de prescripción, por cuanto a términos del referido artículo 1081 del C. de Co., los cinco años que se exigen para la extraordinaria correrán “contra toda clase de personas”; mandato este último cuyo alcance definió la Corte al sostener que “La expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aún contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento...” del hecho que da base a la acción (sentencia citada de 7 de julio de 1977), esto es, en los casos de los ejemplos analizados, que el término de la prescripción extraordinaria corre, según el evento, desde el día del siniestro, o desde cuando se perfeccionó el contrato viciado por una reticencia o inexactitud, háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso, como sí sucede con la ordinaria (artículo 2530 del C.C.). (...) Resulta por ende de lo dicho, que los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo cual dicho término se suspende en relación con los incapaces (artículo 2541 C.C.), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquél hecho; mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las*

personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, como a espacio se refirió, y siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria.

Con posterioridad, en sentencia de junio 29 de 2007, expediente: 1998-04690-01, la Corte se refirió el alcance de la expresión “corre contra toda clase de personas”. *“Por tanto, la expresión “contra toda clase de personas”, que en relación con la prescripción extraordinaria contempla el inciso 3° del tantas veces citado artículo 1081 del estatuto mercantil, no tuvo por fin circunscribir esa precisa forma de extinción de las acciones, a una o unas específicas y, mucho menos, a las que surjan con ocasión del seguro de daños, como tampoco significa que esa modalidad prescriptiva sólo opera respecto de ciertos interesados, en particular los beneficiarios, pues la amplitud del precepto deja en claro que ambas clases de prescripción, por regla, se aplican a la generalidad de las acciones que tienen fuente en el negocio aseguratorio o en la normatividad a que él está sometido y que operan en pro o en contra de todo interesado, no siendo entonces de recibo en esta materia la hermenéutica que efectúa el censor en su demanda casacional, como se anticipó. (Negrilla fuera del texto).”*

5. “Por otra parte, no puede soslayarse que el hito previsto en el artículo 1131 del Código de Comercio para computar la prescripción respecto de la víctima, es decir, *«el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado»*, solo puede ser invocado en los seguros de responsabilidad civil y armoniza con lo previsto en el artículo 1133 *ibidem*, a cuyo tenor, en esa clase de seguros *«los damnificados tienen acción directa contra el asegurador»*, cuya finalidad se orienta a la defensa del damnificado para que el asegurador le indemnice el daño que le provocó su asegurado, mediante un mecanismo que garantiza de manera más efectiva el cumplimiento de ese propósito.

Respecto al contenido del artículo 1081 del Código de Comercio y su relación con la norma especial que regula la prescripción de la mencionada acción directa, en CSJ SC 25 may. 2011, exp. 2004-00142-01, en la cual se reiteró el criterio expuesto en SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01, la Corte, tras efectuar una reseña de su propia jurisprudencia, puntualizó: (...) el artículo 1131 idem, concerniente, igualmente, con el instituto de la prescripción, concretamente, con el seguro de responsabilidad civil, fijó un referente adicional que, sin duda, incide decididamente en la clase de extinción del derecho y el destinatario de la misma. A partir de esta concurrencia normativa fueron naciendo importantes criterios sobre qué clase de prescripción debía aplicarse a la víctima y desde cuándo contaba el mismo.

(...) De la evocación efectuada surgen prontamente y sin dubitación alguna, postulados de las siguientes características: i) la prescripción prevista en el artículo 1131 del C. de Co., en tratándose de un seguro de responsabilidad civil, cuando la víctima acciona es, sin duda, de cinco años, o sea, la extraordinaria; ii) que, por lo mismo, la consagración de dicho aspecto temporal deviene, claramente, demarcada por matices objetivos y no subjetivos; iii) esto último significa que el término cuenta a partir del acaecimiento del siniestro o el hecho imputable al asegurado, independientemente que lo haya conocido o no el afectado; además, corre frente a toda clase de personas, inclusive los incapaces.

...

A partir de las anteriores premisas, es irrefutable que la exégesis de los artículos 1131 y 1133 del Código de Comercio es por completo ajena a la definición del problema jurídico resuelto en este asunto por el Tribunal en punto a la prescripción de la acción derivada de un contrato de seguro, por la prístina razón que la acción directa es una institución propia del seguro de responsabilidad civil, en asuntos en los cuales la litis involucre como convocante a la víctima en contra de la aseguradora en procura de obtener el resarcimiento del daño irrogado por el asegurado, que de ninguna manera podía extrapolarse a una controversia sobre seguros de personas como fue la que originó el presente proceso, en su modalidad de «seguro de vida grupo» cuya finalidad y fundamento son sustancialmente distintos.

Significa lo anterior, que el Tribunal no pudo trasgredir el artículo 1131 del Código de Comercio por falta de aplicación, porque esa no era la norma que debía regir la solución de la controversia.

6. *Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria, como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.*

DECISIÓN:

No casa. No se demostró vulneración del ordenamiento jurídico, el criterio acogido por el Tribunal, a partir de la norma jurídica que contempla el término para promover «las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen», es el jurídicamente aceptado.

SALVAMENTO DE VOTO:

Magistrado: Luis Armando Tolosa Villabona

Aborda el magistrado los siguientes aspectos en el salvamento de voto:

Características del contrato de seguro y sus elementos esenciales. Señala que el seguro de vida deudores no es un seguro de crédito, es un seguro de personas cuyo propósito principal y único no es asegurar la vida del deudor, es un requisito para obtener crédito.

En su adquisición la aseguradora ostenta una posición dominante y la voluntad del deudor es adhesiva, no decisiva. El interés asegurable no es la vida del deudor, es

perjuicio del banco con la muerte del deudor, en consecuencia, tiene naturaleza indemnizatoria. La protección del patrimonio de herederos es eventual y secundario, el titular del interés es el banco.

Las partes en seguro vida deudores son la aseguradora, el tomador, el asegurado y el beneficiario. Los terceros ajenos al contrato no son parte, pero tienen interés indirecto, secundario y eventual. El tomador y aseguradora se encuentran vinculados por lazo negocial que los faculta para establecer condiciones y límites al riesgo asegurado. El Banco es técnicamente asegurado, tiene interés asegurable, es el principal obligado a declarar el estado del riesgo, se benefician la aseguradora y banco tomador. El Banco es beneficiario de un seguro que paga el consumidor, es el Banco quien asume obligación de corroborar que sus clientes deudores de los créditos cumplan con los requisitos de la póliza.

Los contratos vinculados al seguro vida deudores son:

- o Mutuo: banco – deudor
- o Seguro: Aseguradora. – banco
- o Intermediación: banco – Aseguradora
- o Mandato con representación: Aseguradora – banco

Se trata de contratos vinculados o conexos que deben analizarse en conjunto como una misma operación económica.

Trae luego un recuento sobre la evolución jurisprudencial sobre legitimación de causahabientes tratándose del seguro de vida deudores, para mostrar que la jurisprudencia reconoce sin lugar a duda su legitimación para accionar contra la aseguradora, no obstante el interés asegurable es la vida del deudor.

Pasa luego a explicar el concepto de Buena fe, señalando su función integradora, interpretativa y equilibradora. Afirma que cuando banco no cobra la prestación asegurada se hace solidario y corresponsable con aseguradora, incurre en fraude procesal, abusa de posición dominante y afecta principio de buena fe. En consecuencia, el juez no puede favorecerlo aplicando prescripción ordinaria.

Expone luego el tema de la prescripción en general del Artículo 1081 señalando que la prescripción aplicable a terceros es la extraordinaria, como ocurre con la acción directa en el seguro de responsabilidad civil, y revisa la exposición de motivos y la jurisprudencia relacionada con dicho artículo.

COMENTARIO:

La sentencia resulta de especial interés en cuanto realiza un juicioso análisis del texto del artículo 1081 del Código de Comercio y establece tanto el alcance de cada una de las clases de prescripción reguladas en dicho artículo (ordinaria y extraordinaria), las

personas a quienes se aplica cada una de ellas y el momento a partir del cual corren los términos.

El recurrente en casación incurre en el error de invocar la acción directa, propia del seguro de responsabilidad civil, para fundamentar su pretensión tratándose de un seguro de vida deudores, cuya naturaleza es distinta.

El salvamento de voto del magistrado Tolosa Villabona explica una tesis no carente de sentido y plantea una interpretación diversa a la acogida por la Corte en su decisión.