

TEMA: NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA - El tomador incurrió en omisiones y conductas que indujeron en error en la declaración de voluntad del ente asegurador, hecho que es castigable con la nulidad relativa del acto o contrato, toda vez que el acto encubierto por el tomador es de tal naturaleza que, de haber sido conocidos por el asegurador, este no habría otorgado su consentimiento a la celebración del contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas que las estipuladas, por lo que evidentemente, dicha reticencia muestra que se privó a la compañía aseguradora de tal elección. /

HECHOS: El Banco Colpatria Multibanca S.A. contrató como tomador un seguro de vida grupo deudores a Seguros de Vida Colpatria S.A., ingresando como asegurado a (NCS), cónyuge de la demandante, para amparar los créditos Nos. 50411XX y 50413XX; le fueron practicados exámenes médicos a dicho asegurado evidenciándose que sufría de hipertensión arterial, siendo su calificación sub-estandar + 25%; el 4 de octubre de 2012, el señor (NCS), fallece de muerte natural. La demandante solicita que se declare el incumplimiento de la aseguradora respecto del contrato de seguro; como consecuencia se condene a pagar lo adeudado por (NCS), para el momento de su muerte, a favor del Banco Colpatria Multibanca S.A. El A quo declaró la invalidez del contrato de seguro por nulidad relativa y, en consecuencia, desestimó la totalidad de las pretensiones. La Sala deberá establecer, si el asegurado incumplió el deber de declarar sinceramente el estado del riesgo y si esa conducta configura reticencia relevante para la validez del contrato; de ser así, si la reticencia genera la nulidad relativa del contrato de seguro; si la aseguradora estaba obligada a verificar el estado de salud del asegurado antes de la celebración del contrato, y si procede la reclamación de la demandante, frente a la legitimación en la causa.

TESIS: En lo tocante con la legitimación en la causa por activa, la demandante en su calidad de cónyuge del fallecido adquirió, vía sucesión, la obligación (la deuda), ello, por cuanto la aseguradora se negó a cancelar aquellas sumas aseguradas, alegando la reticencia en la declaración del riesgo por parte del extinto asegurado (NCS). (...) Al respecto, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SCJ SCC 28 jul. 2005, rad. 1999-00449-01, reiterado en SC 15 dio. 2008, rad. 2001-01021-01, señaló: “Lógicamente que la viuda ni nadie distinto al beneficiario del seguro podría demandar la prestación del seguro para sí. Bien es verdad que el contrato no puede convertir a un tercero en acreedor; ni tampoco, agrégase, en deudor. Cosa que no está haciéndose aquí: no se remite a duda que eso concierne exclusivamente al beneficiario. Simplemente está exigiendo que la aseguradora pague lo que debe; y hay que entender en sano discernimiento que la súplica es que pague a quien debe pagar, esto es, a la Caja, lo cual resultó ordenándolo el tribunal...” (...) Del contrato de seguro nacen una serie de obligaciones, cargas y deberes conjuntos y que, en términos generales, se retrotraen a la teleología del cumplimiento asegurativo, habida cuenta de los elementos integrantes de dicho contrato, entre los que se destacan: a) el interés asegurable, b) el riesgo asegurable, c) la prima o precio del seguro y, finalmente, d) el pago del siniestro, como la obligación condicional del asegurador. (...) En los seguros de vida, cuando el tomador asegurado omite el deber de informar sinceramente su estado de salud y sus antecedentes médicos, siendo esto relevante para el consentimiento del asegurador, es claro que otorgado éste en esas circunstancias, el mismo no estaría libre de vicios, porque al deformarse el estado del riesgo, esto conduce a que el asegurador también se forme un juicio equivocado sobre su extensión y alcance. En ese evento, el artículo 1058-1 del Código de Comercio, sanciona, en principio, la inexactitud o la reticencia con la nulidad relativa del contrato de seguro.” (...) En el caso, el juez a quo reafirmó la objeción planteada por la aseguradora, pues dedujo reticencia al analizar la prueba, como que el asegurado encubrió que sufría de Diabetes Mellitus y gastritis desde aproximadamente hacía 15 años. (...) no puede menos esta Sala del Tribunal en forma mayoritaria que conceder razón al señor

juez en sus apreciaciones, puesto que, a la postre, la instrucción del proceso revela que el asegurado obró con inexactitud en la etapa precontractual del vínculo aseguraticio, irrumpiendo con ello en una latente reticencia que generó el desenlace deducido por el dispensador de justicia, como lo fue la nulidad del contrato. (...) Se estima entonces inaceptable el argumento de la parte recurrente, dirigido a señalar que el asegurado (NCS) se limitó a firmar sin comprender la información del documento. (...) Por consiguiente, a lo alegado por la recurrente, se contrapone la firma impuesta con huella, como manifestación inequívoca de la voluntad del señor (NCS) los documentos que componen la póliza de seguro, con lo que el asegurado asintió lo convenido, estuvo de acuerdo con la información que se plasmó en la solicitud del seguro y, obvio, dio por sentado que había entendido lo pactado y era consciente de la declaración del estado del riesgo, por lo que, las omisiones, imprecisiones y/o falsedades que allí se escribieron o se dejaron de escribir sobre las condiciones de salud, fueron obra del propio tomador. (...) Quien sabía que padecía de un complejo triángulo de enfermedades, cuando menos desde el año 2004, según lo reporta el historial clínico y, en ese sentido, el espacio para diligenciar el formulario era muy simple. En contrario, reafirmó que “mi estado de salud es normal, no padezco afecciones que incidan sobre mi estado de salud, no padezco secuelas o lesiones de origen traumático o patológico de los sistemas anteriormente enunciados”. (...) En asuntos como este, en el que campea la buena fe contractual: “no importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad; 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. (...) Ciertamente, para la aseguradora, entonces, el brocardo de la buena fe y la reciprocidad contractual le impone lealtad y profesionalismo al momento de ofertar el seguro, la póliza, las coberturas, las exclusiones, etc., utilizando para ello un lenguaje sencillo, sin ambigüedades, que no remitiera a duda u oscuridad, del cual, como se dijo, no adolece el documento. (...) No puede hablarse de convalidación tácita de los vicios fundantes de la nulidad por parte de la aseguradora, por permitir el avance del contrato al recibir el pago de las primas del contrato de seguro, pues debe tener presente la recurrente que, así como la buena fe se dijo abraza al tomador del seguro, igual cubre a la aseguradora y, en este caso, no habría lugar a las sanciones establecidas en el citado artículo 1058 del Código de Comercio cuando señala que no se aplican al asegurador. (...) En consecuencia, como 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. (...) Entiéndase entonces que, de haber tenido conocimiento la aseguradora de las enfermedades que padecía el asegurado hubiera obrado de otra manera; de este modo, se deduce que, si lo aseguró sin extraprimarlo, fue merced al silencio que el asegurado observó sobre su real estado de salud. (...) Es claro que el tomador incurrió en reticencia, pues incurrió en omisiones y conductas que indujeron en error en la declaración de voluntad del ente asegurador, hecho que es castigable con la nulidad relativa del acto o contrato, toda vez que el acto encubierto por el tomador es de tal naturaleza que, de haber sido conocidos por el asegurador, este no habría otorgado su consentimiento a la celebración del contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas que las estipuladas, por lo que evidentemente, dicha reticencia muestra que se privó a la compañía aseguradora de tal elección.(...)

MP: JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

FECHA: 22/07/2025

PROVIDENCIA: SENTENCIA

SALVAMENTO DE VOTO: BENJAMÍN DE JESÚS YEPES PUERTA

ACLARACIÓN DE VOTO: PIEDAD CECILIA VELEZ GAVIRIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CUARTA CIVIL DE DECISIÓN

Medellín, veintidós (22) de julio de dos mil veinticinco (2025)

Proceso:	Verbal – Seguros
Radicado:	050013103 008 2013 01122 01
Demandante:	Adriana del Carmen Gallego Giraldo
Demandado:	Seguros de Vida Colpatria S.A.
Providencia	Sentencia
Tema:	Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y la relevancia de esta. Requisitos axiológicos de la acción de cumplimiento y posibilidad de que los afectados por la inejecución del contrato de seguro, puedan promover aquélla.
Decisión:	Confirma sentencia impugnada
Ponente:	Julián Valencia Castaño

Como la ponencia presentada por el doctor Benjamín de Jesús Yepes Puerta no obtuvo la mayoría, entonces, me correspondió asumir la decisión, razón por la cual procede la Sala emitir sentencia conforme la posición mayoritaria, mediante la cual resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la decisión proferida el 3 de febrero de 2020 por el Juzgado Dieciocho Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, en el Proceso Declarativo –Verbal de Seguros–, promovido en contra de Seguros de Vida Colpatria S.A.

I. SÍNTESIS DEL CASO¹.

1. Fundamentos fácticos

1.1. El Banco Colpatria Multibanca S.A. contrató como tomador un seguro de vida grupo deudores a Seguros de Vida Colpatria S.A., ingresando como asegurado a Néstor Cortés Sabogal, cónyuge de la demandante, para amparar los créditos Nos. 50411909010661 y 504139910192.

¹ [001Demanda.pdf](#) - [008EscritoDeReforma.pdf](#) / [C001PRINCIPAL](#) / [01PRIMERAINSTANCIA](#) / [Primera Instancia](#)

1.2. Para tal efecto, en ese momento, le fueron practicados exámenes médicos a dicho asegurado, evidenciándose que sufría de hipertensión arterial controlada, siendo su calificación sub-estandar + 25%.

1.3. El 4 de octubre de 2012, el señor Cortés Sabogal fallece de muerte natural, por lo que la demandante presentó reclamación ante la entidad financiera tomadora del seguro, quien la trasladó a la asegurada, siendo objetada por esta el 22 de noviembre de 2012, por reticencia en la declaración de asegurabilidad.

2. Síntesis de las pretensiones.

2.1. Que se declare el incumplimiento de la aseguradora demandada respecto del contrato de seguro referenciado en los hechos de la demanda.

2.2. Que, como consecuencia de lo anterior, se le condene a pagar la suma de \$170.000.000, o lo adeudado por Néstor Cortes Sabogal para el momento de su muerte, a favor del Banco Colpatria Multibanca S.A., más los intereses moratorios regulados por el artículo 1080 del Código de Comercio a partir del mes siguiente a la presentación de la reclamación.

2.3. Que le ordene a la demandada pagar a favor de la demandante la suma que esta haya abonado al Banco Colpatria Multibanca S.A. por los créditos hipotecarios asegurados, más los intereses moratorios de que trata la citada preceptiva a partir del mismo momento.

3. La resistencia².

La demandada, a través de apoderado judicial, formuló las siguientes excepciones de mérito:

3.1. Falta de legitimación en la causa por activa. Señalando que en este caso quien ocupaba el carácter de beneficiario en el contrato de seguro de vida era Banco Colpatria, quien de conformidad con lo establecido en el artículo 1039 del Código de Comercio era el legitimado a reclamar la prestación asegurada. La demandante no estaba en dicha condición dentro de la póliza contentiva en ese negocio y ni siquiera acreditó haber realizado el pago de la deuda con la entidad bancaria.

² [005ContestacionDeDemanda.pdf](#) / [C001PRINCIPAL](#) / [01PRIMERAINSTANCIA](#) / [Primera Instancia](#)

3.2. Nulidad relativa del contrato de seguro de vida. Arguyendo que el asegurado no había cumplido con el deber de “*declarar sinceramente los hechos que determinen el estado del riesgo*”, conforme lo contemplado en el artículo 1058 del Código de Comercio, pues además de la hipertensión arterial que padecía, también conocía que años atrás sufría de “*DIABETES MELLITUS y HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL*” para el momento de declarar los riesgos y se abstuvo de informarlas, como se evidenciaba de su historia clínica. Igualmente, tenía Gastritis desde los 14 años de edad, siendo la evolución de esta patología la que desencadenó su fallecimiento por cáncer gástrico. Por tanto, al tenor de la citada preceptiva la falta de buena fe del señor Cortés Sabogal debe ser sancionada con nulidad relativa del contrato.

3.3. Inexistencia de la obligación de indemnizar. Considerando la existencia de un vicio de nulidad en el contrato, no podría surgir la obligación de parte de la demandada de indemnizar suma alguna, pues la misma impide que se generen los efectos de ese negocio jurídico por mala fe y reticencia del asegurado.

4. Sentencia de primera instancia³.

El *A quo* declaró la invalidez del contrato de seguro por nulidad relativa y, en consecuencia, desestimó la totalidad de las pretensiones, al considerar que al no haber informado sobre su estado real de salud a la aseguradora al momento de diligenciar el formato de asegurabilidad, había sido reticente o inexacto y que de haberlo hecho, hubiera permitido que la demandada se abstuviera de celebrar el negocio o, en su defecto, que tuviera la posibilidad de *sobre primar* al tomador de cara al riesgo asegurado.

Para lo anterior, se apoyó en la declaración realizada por el asegurado en vida sobre su estado de salud, donde indicó que este era normal y no manifestó la existencia de enfermedades pasadas o presentes en ese momento; la valoración efectuada por el médico general dispuesto por la aseguradora, en el que solo se evidenció la hipertensión arterial y el uso de lentes por miopía; el dictamen pericial rendido por el profesional de la salud Iván Eduardo Rodríguez Aguirre, donde se indicó que para el 22 de agosto de 2011, fecha de suscripción del contrato de seguro, el señor Néstor Cortés Sabogal sufría de Diabetes Mellitus y gastritis aproximadamente hacía 15 años; la historia clínica aportada al expediente, que da cuenta que el citado asegurado tenía conocimiento, por los resultados de los

³ [2013-01122 sentencia..wav](#) / [folio 441 2013-01122](#) / [Audios 008 2013 01122/](#) [01PRIMERAINSTANCIA](#) / [Primera Instancia](#)

exámenes que le habían sido practicados de glucosa y glicemia del diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus no insulino-dependiente, desde septiembre de 2004, que venía siendo controlada con dieta. Así mismo, tenía episodios de hemorragia gastrointestinal, lo que había sido corroborado por la demandante, quien había manifestado que su cónyuge tres o cuatro años antes de tomar el seguro había sufrido dicho suceso en la ciudad de Bucaramanga.

Por tanto, consideró que la aseguradora no estaba en condiciones de conocer el real estado de salud del señor Cortés Sabogal, al no haber este informado sobre sus dolencias anteriores, máxime si se considera que la Diabetes es una enfermedad silenciosa, que solamente en estadios o momentos de complicación podía advertirse su presencia, por lo que si no se realizaban los respectivos exámenes de diagnóstico no era posible confirmarla a través de una auscultación tradicional, como la que le fue practicada en este caso, previo a la celebración del contrato de seguro, al igual que las hemorragias gastrointestinales, por cuanto no son reiterativas, pudiendo pasar largos períodos sin que la misma afecte la salud del paciente.

De otro lado, consideró que la cláusula relativa al estado de salud, no era abusiva, como lo había argüido la parte demandante en los alegatos de conclusión, pues no representaba ambigüedad, ni contemplaba alguna de las condiciones previstas en los artículos 42 y 43 de la Ley 1480 de 2011, por lo que no podía ubicarla en alguno de los supuestos de ineficacia de la misma por abuso de la posición dominante.

5. Impugnación.

En la misma audiencia de fallo, una vez proferida este, la parte demandante interpuso recurso de apelación en su contra⁴, presentando escrito dentro de los tres días siguientes ampliando los reparos así:

5.1. “La providencia no estableció la existencia de una ambigüedad en la declaración de asegurabilidad”. Afirmando que era este el enfoque de la defensa, y no la relativa a la cláusula abusiva por posición dominante que fue lo examinado por el juzgado, situaciones que tenían consecuencias jurídicas diversas, pues lo que se adujo era que como la redacción de la misma había sido realizada por la compañía aseguradora en un contrato de adhesión, debía ser interpretada en

⁴ Minuto 35:14 / [2013-01122 sentencia..wav](#) / [folio 441 2013-01122](#) / [Audios 008 2013 01122/ 01PRIMERAINSTANCIA](#) / [Primera Instancia](#)

su contra, conforme lo establecido en el artículo 1624 del Código Civil, debido a que podía poner a su suscriptor en un estado de duda sobre si lo indagado en la declaración de asegurabilidad sobre las patologías sufridas eran todas las allí enlistadas o solo una de ellas.

5.2. “Falta de información al asegurado”. En dicha declaración del estado del riesgo o de asegurabilidad se le indagó al señor Néstor Cortés si había sufrido dolencias de tipo congénito o relacionadas con los diferentes sistemas allí enlistados, pero no acreditó que se le haya explicado por parte de los empleados del banco en qué consistían estos o a qué enfermedades se referían.

5.3. “La sentencia no tuvo en cuenta los caracteres de la declaración de asegurabilidad”. Si bien este tema se enlistó dentro de los alegatos de conclusión, no fue analizado por el a quo y hacía referencia a que la disposición fue consignada en caracteres *“sumamente pequeños que dificultan su lectura y, en consecuencia, su comprensión, violentando el artículo 44 de la ley 45 de 1990 y el artículo 184 del ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO”*, estableciendo esta última que *“las pólizas, de las que hace parte integrante la declaración de asegurabilidad) ...deben redactarse de forma que sean de fácil comprensión para el asegurado”*, por lo que los caracteres tipográficos debían ser fácilmente legibles y en este caso, como se indicó era menuda al extremo, no permitiendo al interesado su real visión. Para tal efecto citó algunas providencias dictadas por esta Corporación en las que se estimó la procedencia del examen oficioso de las cláusulas contentivas en un contrato.

5.4. “Consideró la providencia impugnada que los exámenes realizados al asegurado previos a la celebración del contrato de seguros, eran irrelevantes”. Arguyendo que, ante la nulidad relativa alegada por la parte demandada, de conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, debía tenerse en cuenta lo que señalaba el inciso 4° de dicha preceptiva:

“Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican el caso si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha cocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración...”

En este caso, la aseguradora realizó un examen médico al interesado para efectos de determinar la viabilidad de celebrar el contrato de seguro o, como ocurrió en este caso, extra primar al asegurado, aceptando las primas, pero al presentarse el siniestro proceden a objetar la reclamación, argumentando que la revisión médica

efectuado de manera previa, no era relevante, desmeritando en su provecho, la labor realizada antes de la asunción del riesgo y que sirvió para realizar el respectivo aseguramiento, permitiéndoles incluso quedarse con la prima; sin embargo, solo después de devengar dichas primas y exigírsele el pago del valor asegurado, proceden a realizar entrevista a la familia del asegurado y a estudiar la historia clínica, misma actuación que pudo adoptar antes de la celebración del contrato, como profesional que es y en cumplimiento de la diligencia que se le exige.

Respecto de la Gastritis, señaló que se trataba de una inflamación en la mucosa del estómago que producía agriera y que se solucionaba con mylanta, hierbas y bebidas, sin que se evidenciara en la historia clínica colonoscopia o endoscopia, no pudiendo considerarse esta una reticencia que conllevara a la nulidad relativa del contrato, por cuanto la misma debía ser determinante, esto es, de una entidad manifiesta, que de haberla conocido el asegurador se hubiese abstenido de contratar o lo hubiera hecho en condiciones diferentes.

En cuanto a la diabetes, si bien es cierto que el perito indicó en su dictamen que el asegurado sí sufría de esta enfermedad antes del aseguramiento, también afirma que para el 14 de febrero de 2012, varios meses después de la suscripción del contrato, el paciente venía en estudio para descartar la diabetes mellitus y que para el 30 de mayo del mismo año, aún se encontraba en investigación, de donde se deriva que para el momento de la declaración del estado del riesgo, no se tenía conocimiento de si el señor Néstor Cortés tenía esta patología. Esto, aunado a que, para agosto de esa anualidad se habían realizado varios exámenes de glicemia en el Hospital Pablo Tobón Uribe, arrojando ambas como resultado 84 mg/dl, teniéndose entonces que preguntarse si efectivamente padecía la enfermedad para la fecha del negocio y se alivió de una enfermedad incurable.

Finalmente, señaló que la demandada había contratado una investigadora, quien luego de revisar los registros médicos de las diferentes clínicas y hospitales donde había sido atendido el asegurado, había manifestado que *“no se hallaron registros médicos de enfermedades de alta complejidad anteriores a 2012.”*

Es así, que no podía declararse la nulidad relativa, por cuanto la aseguradora conoció o debió conocer de las enfermedades del asegurado, dado su profesionalismo, a que tenía un departamento donde pudo verificar los quebrantos de salud de este, por lo que le faltó previsión; además de no haberse probado el elemento subjetivo de la mala fe por parte del declarante, indispensable para derivar

dicha consecuencia como reiteradamente lo había señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Expuestos de esta manera los antecedentes que dieron lugar a la alzada, procede la Sala a decidir el recurso con fundamento en las siguientes,

II. CONSIDERACIONES

1. Presupuestos procesales. Encuentra la Sala satisfechos los requisitos o presupuestos procesales para que pueda abordarse el estudio de la apelación interpuesta por la parte demandante, además, que no se observan irregularidades procesales que tipifiquen una nulidad.

1.1. Legitimación en la causa. En este caso no hay duda de la legitimación en la causa **por pasiva**, pues se pretende en el contexto del contrato de seguro el pago de la indemnización por cuanto “...*SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. incumplió el contrato de seguro de vida grupo, donde el tomador y beneficiario es Banco Colpatria Multibanca, el asegurado NELSON CORTES SABOGAL y el asegurador, la demandada, teniendo en cuenta que se presentó la realización de uno de los riesgos concertados, el fallecimiento del asegurado...*” y la demanda se dirigió precisamente, contra la aseguradora.

En lo tocante con la legitimación en la causa **por activa**, la demandante en su calidad de cónyuge del fallecido, adquirió, vía sucesión, la obligación (la deuda) en virtud a lo cual **asumió el pago** del saldo pendiente los créditos amparados números **50411909010661** y **504139910192** por valor de **\$52.270.902** y **\$117.716.751** respectivamente, ello, por cuanto la aseguradora se negó a cancelar aquellas sumas aseguradas, alegando la reticencia en la declaración del riesgo por parte del extinto asegurado Néstor Cortés Sabogal.

Al respecto, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia SCJ SCC 28 jul. 2005, rad. 1999-00449-01, reiterado en SC 15 dio. 2008, rad. 2001-01021-01, señaló:

Lógicamente que la viuda ni nadie distinto al beneficiario del seguro podría demandar la prestación del seguro para sí. Bien es verdad que el contrato no puede convertir a un tercero en acreedor; ni tampoco, agrégase, en deudor.

Cosa que no está haciéndose aquí: no se remite a duda que eso concierne exclusivamente al beneficiario. Simplemente está exigiendo que la aseguradora pague lo que debe; y hay que entender en sano discernimiento que la súplica es que pague a quien debe pagar, esto es, a la Caja, cual resultó ordenándolo el tribunal. **Interés de sobra tiene en ello.** Si la Caja 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 de la Caja. 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** – se resalta-.

De este modo a la par de la **legitimación en la causa por activa**, aflora el punto álgido de la controversia, que corresponde a establecer si el asegurado incurrió en reticencia al no declarar sinceramente su estado de asegurabilidad, generando con esa conducta la nulidad relativa del contrato de seguro.

Veamos entonces algunas consideraciones acerca del instituto jurídico en cuestión:

2. Generalidades del contrato de seguro. El contrato de seguro (regulado en el Canon Comercial en sus artículos 1036 y siguientes), considera el profesor Hernán Fabio López Blanco –entre sus notas distintivas-, que en su trayecto precontractual, contractual y post-contractual, siempre habrá de regirse por la **máxima buena fe de las partes**, quienes a voces del artículo 1037 del Canon en cita, puntualmente se denominan: -asegurador y tomador, contrato que –valga repetirlo-, siempre deberá estar informado por “...*la buena fe, pues aunque todos los contratos se basan en ella, aquí el concepto adquiere un especial significado...*”⁵

Ahora bien, señalada su definición y aquilatada buena fe que le concierne, es por lo que ha de decirse igualmente que, en consonancia, del contrato de seguro nacen una serie de obligaciones, cargas y deberes conjuntos y que, en términos generales, se retrotraen a la teleología del cumplimiento aseguraticio, habida cuenta de los elementos integrantes de dicho contrato, entre los que se destacan: **a)** el interés asegurable, **b)** el riesgo asegurable, **c)** la prima o precio del seguro y, finalmente, **d)** el pago del siniestro, como la obligación condicional del asegurador, así como lo preceptúa el artículo 1045 del citado Canon, de la cual ha de anotarse, en suma, que, y a guisa de obligación, ésta puntualmente se contrae, por **parte del asegurador**, en reconocer específicamente con ocasión de la ocurrencia del siniestro el pago de la suma por la que estuviere cubierto contractualmente el interés tutelado; y, en lo que respecta a **la parte asegurada** y –tomador- que las más de las veces concurren en la misma persona, si fuere el caso, este concurre en su triple condición de, inclusive beneficiario-, y en esta ocasión **a título de carga**, es decir, como aquellas acciones u omisiones “...*indispensables para la satisfacción de un interés propio del individuo,*”⁶ además, de proceder de conformidad con lo previsto por el artículo 1074 *ibídem*, **presentando la reclamación ante el asegurador por el hecho ocurrido.**

2.1. En esa línea, **el riesgo** es uno de los elementos del contrato de seguro. En el caso del seguro de vida, **el riesgo principal que se asume es la muerte**, pero las partes pueden pactar mayores cubrimientos o extensiones, con lo que es frecuente que se incluyan amparos adicionales, como los riesgos de enfermedad, accidente e invalidez⁷.

⁵ Comentarios al Contrato de Seguro. López Blanco Hernán Fabio. Ed. Dupré Editores. Bogotá. 2004.

⁶ Corte Suprema de Justicia Sala de casación Civil. M.P. Pedro Octavio Munar Cadena. Ref. 7142.

⁷ Corte constitucional sentencia T-490-2009

2.2. La Corte Constitucional se ha ocupado del tema y en la T591/17 (sentencia de revisión), expresó:

(i) **Interés asegurable**: el interés debe ser lícito y susceptible de estimación en dinero. Tiene interés asegurable quien tenga un patrimonio que pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un riesgo. Todas las personas tienen interés asegurable en **a) su propia vida**; b) en la de las personas a quienes legalmente puedan reclamar alimentos; y c) en la de las personas cuya muerte o incapacidad le puedan implicar perjuicios económicos, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta.

(ii) El “**riesgo asegurable**”¹ permite identificar el siniestro, definir las obligaciones para las partes, la forma de ejecución del contrato y el valor de la prima del seguro. Se comprende como un a) suceso incierto; b) su ocurrencia no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, según sea el caso; c) su realización da origen a la obligación del asegurador. En contraste, no son parte del contrato de seguros a) los “hechos ciertos”, a excepción de “la muerte, y los físicamente imposibles”; b) “la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”; c) “el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario”; tampoco es posible amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo¹.

Conforme con el artículo 1072 del Código de Comercio, “se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

2.3. Con todo, tiene dicho nuestra Corte Suprema de Justicia que la forma en que se llegue a hacer efectiva alguna reclamación por la ocurrencia del siniestro asegurado, depende del régimen en el cual se quiere hacer efectivo, por supuesto que, **ello dependerá de los términos del pacto de amparo, que será ley para las partes, siempre que dichos términos no vulneren reglas imperativas del sistema jurídico.**

2.4. Pero esa incertidumbre para que sea riesgo asegurable, siempre deberá estar atada al conocimiento del tomador/asegurado, quien, deberá a toda hora obrar con la **máxima buena fe**, lo que también se hace con la finalidad de que haya

equilibrio contractual, por eso también la Corte destaca que el contrato de seguro se debe celebrar de tal modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante:

(...) **De esta manera, un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro**, especialmente si **la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente**. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, **está a merced del asegurado**, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, **puesto que la salud personal** [o antecedentes penales, se agrega] **viene a estar asociada a la intimidad del asegurado**". (Sent. Cas. Civ. de 19 de diciembre de 2005).

3. Nulidad del Contrato de seguro. Dispone el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, por lo que la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

3.1. La Corte Suprema de Justicia respecto del deber del asegurado de ser fiel en la declaración del estado del riesgo **ha sentado las siguientes premisas**, que se traducen en doctrina probable por ser reiteradas e invariables, a la par que es el precedente judicial que hoy se aplica, para lo cual se destaca⁸:

"2.- De conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador del seguro, en virtud del principio de buena fe, tiene la carga de informar fidedignamente los hechos determinantes del estado del riesgo, con independencia que la aseguradora los constate, puesto que de todos modos aquel no queda liberado de las consecuencias adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, **cuando ésta se sujeta a un cuestionario determinado, al**

⁸ CSJ. Casación del 3 de febrero de 2008, exp.2004-037-01

punto que de haberlas conocido el asegurador se habría retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas.

“En ese orden, se trata que las partes, **a partir de una información sincera relevante**, tomen las decisiones que se avengan a sus intereses, **con mayor razón cuando se encuentra involucrado el derecho a la salud que como se sabe trasciende la esfera privada y, por lo tanto, según regla de principio, sometido a reserva. De ahí que si sobre su salud, se supone que el asegurado lo sabe todo**, no así la aseguradora, es indudable que **aquel se convierte en fuente principal y privilegiada**, aunque no única, de la información, **razón por la cual, en la formación del contrato de seguro, se encuentra compelido a obrar con el máximo de transparencia posible.**

(...)

En los seguros de vida, cuando el tomador asegurado **omite el deber de informar sinceramente su estado de salud y sus antecedentes médicos**, siendo esto relevante para el consentimiento del asegurador, es claro que otorgado éste en esas circunstancias, **el mismo no estaría libre de vicios, porque al deformarse el estado del riesgo, esto conduce a que el asegurador también se forme un juicio equivocado sobre su extensión y alcance.** En ese evento, el artículo 1058-1 del Código de Comercio, sanciona, en principio, la inexactitud o la reticencia con la nulidad relativa del contrato de seguro...”.

4. Caso concreto. En el proceso, está demostrado que el Néstor Cortés Sabogal (q.e.p.d.), adquirió, en vida la póliza Grupo deudores n° **GRD 15020000020** signada el pasado 28 de julio de 2011 (cfr. p. 16 pdf. 001), cuyo tomador en la modalidad del seguro por cuenta, era la entidad financiera Banco Colpatria S.A., que tenía por objeto proteger las operaciones de crédito otorgadas a determinado grupo de personas, entre ellas, el señor **Néstor Cortés Sabogal**, estableciéndose como valor asegurado el monto de las obligaciones Nos. **50411909010661** y **504139910192**, contrato de seguro que inició su vigencia desde la fecha del desembolso, lo que ocurrió en **agosto 22 del año 2011.**

4.1. No llama a duda entonces que, durante la vigencia del contrato, ocurrió la muerte del deudor asegurado el 04 de octubre de 2012 (cfr. p. 23 pdf. 01), por lo que, en principio, debía abrirse paso el pago insoluto de la deuda adquirida por el

señor **Néstor Cortés Sabogal** que, para esa calenda, como se dijo, presentaba un saldo pendiente de **\$52.270.902** por el crédito n° 50411909010661 y de **\$117.716.751** por el crédito n° 04139910192.

4.2. Sin embargo, concierne recordar que, en su fallo, el juez *a quo* reafirmó la objeción planteada por la aseguradora, pues dedujo reticencia al analizar la prueba traída al plenario, como que el asegurado encubrió que sufría de Diabetes Mellitus y gastritis desde aproximadamente hacía 15 años, por ello, el eje central argumentativo de la censura, gira en torno a la indebida interpretación del formato de asegurabilidad, para ultimar que la redacción y caracteres de la misma hacen aplicables criterios hermenéuticos a favor de asegurado; que tampoco estaba en capacidad de comprender en términos de la medicina la enfermedad indagada, lo que le impidió también entender la declaración de asegurabilidad, remarcando la falta de diligencia profesional de la asesora al no explicarle en qué consistía el cuestionario, a lo que adiciona la falta de previsión de la aseguradora en el marco de su profesión, por lo que debió conocer las enfermedades del asegurado.

4.3. Analizado al detalle el punto, no puede menos esta Sala del Tribunal en forma mayoritaria que conceder razón al señor juez en sus apreciaciones, puesto que, a la postre, la instrucción del proceso revela que el asegurado obró con inexactitud en la etapa precontractual del vínculo aseguraticio, irrumpiendo con ello en una latente reticencia que generó el desenlace deducido por el dispensador de justicia, como lo fue la nulidad del contrato.

4.4. Se estima entonces inaceptable el argumento de la parte recurrente, dirigido a señalar que el asegurado **Néstor Cortés Sabogal** se limitó a firmar sin comprender la información del documento, pues, acreditada su autoría, nunca se mostró actividad tendiente a discutir la eficacia jurídica del documento denominado “*solicitud inclusión individual de póliza de seguro de vida grupo deudores*” (cfr p. 16 pdf. 01), en donde, como paso antelado al desembolso del crédito, se le realizaron una serie de interrogantes por datos personales y condiciones de salud, dirigidos a acumular información relevante para concertar el negocio crediticio, a la vez que el aseguraticio, pues, por la naturaleza colectiva del contrato correspondía a la entidad financiera verificar el estado de salud de los deudores y así se hizo.

4.5. Por consiguiente, a lo alegado por la recurrente, se contrapone la firma impuesta con huella, como manifestación inequívoca de la voluntad del señor

Néstor Cortés Sabogal, en los documentos que componen la póliza de seguro, con lo que el asegurado asintió lo convenido, estuvo de acuerdo con la información que se plasmó en la solicitud del seguro y, obvio, dio por sentado que había entendido lo pactado y era consciente de la declaración del estado del riesgo, por lo que, las omisiones, imprecisiones y/o falsedades que allí se escribieron o se dejaron de escribir **sobre las condiciones de salud**, fueron obra del propio tomador.

4.6. De ser cierto que la asesora no le haya explicado sobre la naturaleza de las enfermedades, ello no eximía al tomador de la obligación de declarar fielmente acerca de sus datos personales, lo que bien pudo hacer al pronto, cuando conoció las preguntas contenidas en el documento sobre las condiciones de asegurabilidad, las cuales, para que quede claro de una vez, **se estiman claras en revelar lo pretendido con el cuestionario**, por eso, no es aceptable inferir que el firmante desconociera de qué enfermedades se trataba, cuyo diligenciamiento resulta una carga mínima que en cualquier relación contractual se debe asumir, ya que, en ultimas, las preguntas se reducían a indicar el lugar de residencia, la profesión, el salario devengado y el estado de salud, información que es **básica y comprensible**.

4.7. Podría discutirse que desconociera el nombre científico de “...*alguna enfermedad de tipo congénito o que incidan sobre sistema cardio muscular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, musculo-esquelético, neurológico, hemolinfático,, sentidos, piel...*”, conforme se le indagó, pero de todas maneras, sabía que padecía de un complejo triangulo de enfermedades, cuando menos desde el año 2004, según lo reporta el historial clínico y, en ese sentido, el espacio para diligenciar el formulario era muy simple y claro, en el cual se consignaba que:

* PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD	SI	<input type="checkbox"/>	DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
* TOMA ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO	SI	<input type="checkbox"/>		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
* NOMBRE DEL ÚLTIMO MÉDICO CONSULTADO	FECHA		CAUSA		

En contrario, reafirmó que “...*mi estado de salud es normal (...) no padezco afecciones que incidan sobre mi estado de salud (...) no padezco secuelas o lesiones de origen traumático o patológico de los sistemas anteriormente enunciados...*”, sobre este tema se profundizará una vez se aclare con mayor rigor, por qué no se logra desvirtuar el contenido del formato respecto al estado de salud, amén de los efectos que tiene para el asegurado haber plasmado la firma en el formulario.

4.8. La Corte Suprema de Justicia⁹ explicó que la sola firma del tomador del contrato de seguro lo hacía autor del documento. Esto se destaca de dicha sentencia de casación:

(...) lo cierto es que el autor de la declaración de asegurabilidad donde se incurrió en la reticencia fue el propio demandante, **pues fue él quien suscribió el documento, sin que resulte justificable su explicación de que lo hizo sin leer el contenido que motu proprio plasmó la secretaria de la agencia, porque como lo explica Cernelutti y lo ha admitido la Corte, por “autor del documento no indico tanto a quien materialmente lo forma, como aquel a quien el orden jurídico atribuye su formación, es decir, respecto del cual se verifican los efectos de la formación misma”** (La Prueba Civil, pág. 161), (sent. de 12 de sept. de 2002), respectivamente. (Resaltado y subrayado no original)

4.9. Se itera que, en asuntos como este, en el que campea la buena fe contractual:

“...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 esta 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...”¹⁰**

Es más, en esta misma providencia se advierte que **aun ante la ausencia de firma** en la declaración de asegurabilidad, ello no significa que la aseguradora haya tomado el riesgo en el estado en que se encontraba, pues el *“...deber de actuar de buena fe obligaba a...manifestar, así fuera espontáneamente, todas aquellas circunstancias vinculadas con el riesgo, máxime cuando tiene*

⁹ SC205 del 5 de noviembre del 2002, expediente 6717, con ponencia del Dr. José Fernando Ramírez Gómez

¹⁰ C.S.J. Sentencia civil Nro. 2803 del 4 de marzo de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

conocimiento sobre la información que le es relevante para la empresa aseguradora, como podía ser deducido, en este caso, a partir del formulario de declaración de asegurabilidad que el tomador decidió no suscribir...”.

5. Ciertamente, para la aseguradora, entonces, el brocardo de la buena fe y la reciprocidad contractual, le impone lealtad y profesionalismo al momento de ofertar el seguro, la póliza, las coberturas, las exclusiones, etc., utilizando para ello **un lenguaje sencillo, sin ambigüedades, que no remitiera a duda u oscuridad**, del cual, como se dijo, no adolece el documento.

5.1. En un primer momento puede concluirse, entonces, que la **carga de esa información** inquirida por la aseguradora, **correspondía por entero al tomador**, siendo impropio sostener que, en este caso, era innecesario que la aseguradora indagara por esos datos, de cara a la validez del contrato, pues, hace parte de la autonomía de la voluntad contractual de la compañía, **atribuir el carácter de relevante a la información que considere**, para efectos de demarcar el riesgo asegurado, no es otra la razón del cuestionario que se le presenta al futuro asegurado, al respecto la Honorable Corte Suprema de Justicia ha dicho:

“Y para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar por los antecedentes penales del tomador y asegurado, sólo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta por dicho pasado judicial, **circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso natural de las cosas indica que**, si la aseguradora inquiría por los antecedentes judiciales de ambas partes, **es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato. En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran**, como razonó equivocadamente el Tribunal...”¹¹ (se resalta).

5.2. Lo importante de este asunto, entonces, es que, sin distinción alguna, es deber de las partes obrar de buena fe y con ello que las declaraciones que haga el asegurado cuando se le pregunte por circunstancias que hacen parte de su propia intimidad, como es su condición de salud, sean sinceras, exactas y sin reticencias, situación que en el caso bajo estudio no aconteció. Veamos por qué:

¹¹ Ib.

5.3. En principio, podría también prestarse para discutir que la “*DIABETES MELLITUS, GASTRITIS y HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL*” deducida por el *a quo*, no se logró diagnosticar de forma certera en la salud del señor **Cortés Sabogal**, si no que apenas fueron diagnósticos sugeridos por exámenes, pero lo que no llama a duda es que se trataba de **una persona muy enferma**. La misma cónyuge aquí demandante relata en su interrogatorio sobre constantes episodios de gastritis y hemorragias gastrointestinales, esto evocó cuando fue inquirida sobre el estado de salud de su esposo anterior a 2011:

----- **PREGUNTADO 3:** Con anterioridad a esa fecha, al señor Cortés Sabogal se le estaba realizando algún tratamiento-----
CONTESTÓ: No, pues los controles que hacen normalmente de glicemia, azúcar, colesterol que le mandan a uno 1 vez al año, pero eso no es un tratamiento. -----
----- **PREGUNTADO 4:** Conoce usted si señor Cortés Sabogal había presentado algún o algunos episodios de hemorragias gastrointestinales con anterioridad al año 2011. -----
CONTESTÓ: Tengo conocimiento de una hemorragia gastrointestinal, que tuvo en alguna oportunidad en la ciudad de Bucaramanga, estaba de viaje allá, eso fue por ahí 3 o 4 años antes del 22 de agosto del 2011, incluso fue a médico particular, y le hicieron todos los exámenes, colonoscopia y todo y se calmó. -----
----- **PREGUNTADO 5:** Refiere usted al

5.4. Aunque a lo largo de su interrogatorio acentúa que el señor **Cortés Sabogal** no recibía tratamiento, nótese lo discutible que resulta que el hecho de tomar omeprazol desde los 14 años, según se observa en la historia clínica (cfr. p. 22 HC4), sea un tratamiento o no:

Descripción del caso clínico: Paciente de 65 años con antecedente de medicarse con omeprazol desde los 14 años, refiere cuadro de 12 horas de evolución que inició con dolor en epigastrio acompañado de vómito, acompañado también de Heleus y Hematemesis franca.

5.5. Además, según se lee en la historia clínica, **i)** las hemorragias gastrointestinales aparecían repentinamente; **ii)** fue operado en el año 2006 por hemorroides; **iii)** graves alteraciones en el nivel de azúcar por lo menos desde el año 2004, sugerentes a lo sumo de una persona prediabética; **iv)** con hipertensión arterial controlada; **v)** hipotiroidismo; **vi)** rectorragia; **vii)** síndrome prostático, lo que dio pie al experto médico para plantear en el dictamen que:

- **Qué enfermedades padecía para el 22 de agosto de 2011 el señor NESTOR CORTÉS SABOGAL.**

Hipertensión arterial, gastritis crónica, síndrome prostático (por hiperplasia benigna), dislipidemia, con antecedentes personales de episodios de rectorragia al parecer estudiada (no hay exámenes anexados en historia) y valores altos de glicemia (¿??): no hay datos en la historia clínica proporcionada por las partes), **que harían sospechar sobre la existencia de diabetes miellitus** (la cual no se documentó adecuadamente en historia clínica), quien refería "falta de tiempo para realizarse los exámenes, por sus múltiples ocupaciones".

"...¿¿¿..."para el 22 de agosto de 2011 el señor NÉSTOR CORTÉS SABOGAL padecía la misma???

30/05/2006: "Rectorragia severa de 8 días de evolución; afirma cuadro de 2 años de evolución, **con paraclínicos normales**" (no aparecen en la historia, no hay datos de resultados. No refiere ordenar exámenes. No hay nota de tratamiento. Historia clínica de EPS Salud Total.
31/10/2008: "vengo a control. Afirma hace dieta y toma juiciosamente su medicación, no deporte, no fuma. Afirma el médico **"trae paraclínicos ordenados"** (no veo resultados). **No refiere ordenar exámenes.** No hay nota de tratamiento. Historia clínica de EPS Salud Total.
15/12/2008: "hemorroides hasta 2006, cuando fue operado. **Refiere médico niveles de glicemia elevados (no veo valores anotados ni exámenes de laboratorio en historia clínica, refiere gastritis**". No refiere ordenar exámenes. No hay nota de tratamiento. Historia clínica de EPS Salud Total.
21/12/2010: "control hipertensión arterial e hipercolesterolemia "hallada en el último control", formularon lovastatina pero el paciente toma es gemfibrozil. **No realizaron glicemia pre y post carga.** Ptosis palpebral y fatiga intensa en el último mes". Anotan diagnóstico de hipotiroidismo. No refiere ordenar exámenes. No hay nota de tratamiento. Historia clínica de EPS Salud Total.
24/06/2011: paciente poco constante en el seguimiento de sus patologías, "porque estaba viajando".
14/02/2012: "paciente que **hace 9 meses (¿¿¿junio de 2011????)** venía en estudio para descartar diabetes miellitus".
21/02/2012: **hacen el diagnóstico de diabetes miellitus,** "por 2 glicemias basales alteradas, mayor de 126".
30/05/2012: presentó anemia con hemoglobina de 8, luego de hemorragia de vías digestivas altas + pancreatitis. Además el paciente **está en estudio para diabetes miellitus,** dado que la glicemia de febrero de 2012 reportó 130".
6/11/2012: diabético e hipertenso en tratamiento con Losartán, Lovastatin, no toleró la prazosina para manejo de la Hipertrófia Prostática Benigna, **no desea tratamiento farmacológico para Diabetes Miellitus, aunque se le ha explicado riesgos.** Se le había dado cita con líder Cardiovascular, pero el paciente no le solicita; se le habían solicitado exámenes de ingreso al programa de líder cardiovascular, pero el paciente tampoco los realizó.

5.6. ¿cómo entonces sostener que Cortés Sabogal no faltó a la verdad cuando declaró que no había padecido alguna enfermedad, o que su estado de salud era normal? Es que más allá de que existiera un diagnóstico certero o no de la enfermedad, la infracción al contrato se propició en la etapa precontractual, desde que el futuro asegurado omitió reconocer que afrontaba determinado padecimiento años atrás, lo que ocurrió al expresar falsamente un estado de salud normal, cuando evidentemente no era así. Por consiguiente, exigir la incidencia y diagnóstico certero de determinada enfermedad, conduce a transitar el errado camino de examinar si la enfermedad encubierta fue la que efectivamente condujo a la muerte del paciente para que solo en ese caso se genere la nulidad, ello es ahondar en una relación causal baladí, amén que ese germen de ineficacia se produjo desde la formación del contrato y atravesó todo el *iter* contractual.

5.7. De ahí que el argumento sobre un posible desconocimiento del término médico de las enfermedades o padecimientos que enfrentaba el señor **Cortés**

Sabogal desde el año 2004 diagnosticados o no, es infundado y, además, pone en evidencia un hecho indiscutible, no solo desde la ciencia médica sino desde el más elemental sentido común: si era que tenía alguna duda sobre su **diagnóstico y el pronóstico de las enfermedades**, debió solventarlas a partir de la relación médico-paciente, pero, en modo alguno puede admitirse la ignorancia que se alega sobre el padecimiento que el mismo paciente ya conocía, para distraer el deber de declarar de manera honesta el estado de salud al momento de celebrar el contrato de seguro.

5.8. Tampoco es necesario en la providencia proceder a traer definiciones de la literatura hipocrática para explicar lo que se conoce como: “*rectorragia*”, “*gastritis*”, “*hiperplasia prostática*”, “*hemorragia gastrointestinal*” o “*diabetes mellitus*”, sus tipos, causas y síntomas, porque -en realidad-, lo importante aquí es que su salud **no** era normal como lo expresó, siendo lo cierto que su salud estaba deteriorada y que ello incidió en la valoración del riesgo, sin que al paciente se le hubiese exigido el nombre de su patología, pues bastaba con que él hubiese declarado que estaba en tratamiento médico **y que no se acordada del nombre de su enfermedad, datos que constaban en la historia clínica, pero lo que declaró sin dificultad alguna es que estaba bien de salud y que no había sufrido enfermedades en el pasado, tipificándose una reticencia indiscutible capaz de invalidar el contrato.**

Ese encubrimiento de enfermedades o padecimientos preexistentes que obligaron a Cortes Sabogal a consultar por muchos años y someterse a exámenes y tratamiento con medicamentos, es un comportamiento contrario a la buena fe, que debía haber observado en esa etapa precontractual, tal como lo denuncia la entidad aseguradora, lo que permite calificarlo como un tomador reticente y, por consecuencia, a la luz del artículo 1058 del Código de Comercio, el contrato de seguro ajustado deviene en relativamente nulo.

6. Tampoco puede hablarse de convalidación tácita de los vicios fundantes de la nulidad por parte de la aseguradora, por permitir el avance del contrato al recibir el pago de las primas del contrato de seguro, pues debe tener presente la recurrente, que así como la buena fe -se dijo- abraza al tomador del seguro, **igual cubre a la aseguradora** y, en este caso, no habría lugar a las sanciones establecidas en el citado artículo 1058 del Código de Comercio cuando señala que no se aplican al asegurador “(...) *cuando se allana a subsanarlos o los acepta*

expresa o tácitamente...”, pues estos comportamientos que implican convalidar el contrato, aquí no ocurrieron.

Detengámonos un tanto en esa aceptación tácita, acerca de cuya inteligencia escribe el maestro EFREN OSSA: “(...) *en cuanto a la aceptación tácita, ella debe entenderse a través de actos del asegurador que, por su naturaleza, **cumplidos con posterioridad al momento en que tuvo conocimiento de los hechos o circunstancias omitidos o inexactamente declarados**, signifiquen ejecución voluntaria del contrato o de la obligación contratada (C. C. artículo 1745) **tales como la percepción de nuevas primas periódicas, la aceptación de aumento del valor asegurado o el pago de siniestros...***”¹² (subraya el Tribunal).

6.1. Ahora bien, tampoco hay evidencia de que antes de la celebración del contrato o ya celebrado el mismo, la aseguradora “*ha conocido o debió conocer*” del padecimiento del asegurado **Cortés Sabogal**, para por esa vía soslayar los vicios de que se ocupa el artículo 1058 del C. de Cio., pero, lo más importante, es que Seguros de Vida Colpatria S.A., **contractualmente**, no adquirió obligación alguna de verificar información sobre el estado del riesgo, como lo sugiere el recurrente.

6.2. Esa auscultación se le podría exigir si hubiera sido **enterada de determinado padecimiento por información directa del futuro asegurado**, en otras palabras, si este hubiera actuado con “ubérrima” buena fe, siendo aquí donde cobra sentido y alcance esta expresión insignia del contrato de seguro. Sobre el punto, la Corte Constitucional al estudiar la constitucionalidad del artículo 1058 del C. de Cio., en sentencia C-232 de 1997, citando la doctrina que estudia el tema de la obligación en cabeza de la aseguradora de **inspeccionar el riesgo**, expuso:

A la doctrina nacional del derecho de seguros no ha escapado tal noción. Así, en sus comentarios al contrato de seguro, el doctor Hernán Fabio López Blanco manifiesta que “(...) las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe, **no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás**

¹² OSSA G.J. Efrén. “TEORÍA DEL CONTRATO DE SEGUROS”. “El Contrato”. 2da Edición, Editorial Temis S.A., Bogotá. 1.991 pág. 352.

puede suponerse que él miente." (Hernán Fabio López Blanco, Comentarios al Contrato de Seguro, 2a. edición, Dupré, Bogotá, 1993, pág. 118). Y el profesor Ossa dijo: "El asegurador no está obligado a verificar la exactitud de la declaración del estado del riesgo. Ni siquiera por su aspecto objetivo, menos aún por su aspecto moral. **No existe norma legal que pueda invocarse para afirmar lo contrario.**" (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 349).

En consecuencia, como 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.** Esta particular situación, consistente **en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe.**

Aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bono 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**

6.3. Entiéndase entonces que, de haber tenido conocimiento la aseguradora de las enfermedades que padecía el asegurado, hubiera obrado de otra manera; de este modo, se deduce que, si lo aseguró sin extraprimarlo, **fue merced al silencio que el asegurado observó sobre su real estado de salud.**

6.4. Tampoco hay prueba que indique al Tribunal de que la inexactitud o reticencia provienen de un error inculpable, pues no se ve cómo excusar el ocultamiento de una serie de padecimientos que incidieron en su estado salud a través de los años, acerca de las cuales se le indaga de manera puntual y el declarante sabe de sobra que lo afectaban, lo cual sube de tonalidad, si se observa que se trata de un seguro de vida, donde el riesgo principal que asume la aseguradora es la muerte del asegurado, de manera que no puede privársele de contrastar la información recibida con la auscultada y así **evaluar el peligro** de cara

a la potencial ocurrencia del siniestro y, de esa forma “...**establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca**”¹³.

7. Conclusión. Tal como lo determinara el funcionario de primer grado, es claro que el tomador incurrió en reticencia, pues incurrió en omisiones y conductas que indujeron en error en la declaración de voluntad del ente asegurador, hecho que es castigable con la nulidad relativa del acto o contrato, toda vez que el acto encubierto por el tomador es de tal naturaleza que, de haber sido conocidos por el asegurador, este no habría otorgado su consentimiento a la celebración del contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas que las estipuladas, por lo que evidentemente, dicha reticencia muestra que se privó a la compañía aseguradora de tal elección.

8. No saliendo adelante las súplicas del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, se le impondrán las costas de rigor.

En mérito de lo expuesto, la **SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

III. FALLA

PRIMERO: SE CONFIRMA el fallo proferido por el Juzgado Décimo Octavo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, el día 03 de febrero de 2020, dentro de la presente causa contractual, ello, de conformidad con las consideraciones en que está sustentada la presente providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas por el trámite de segunda instancia a la parte demandante recurrente, en favor de la parte demandada. Para el efecto, en su momento procesal, se fijarán las respectivas agencias en derecho por el magistrado sustanciador.

TERCERO: Cumplida la ritualidad secretarial de rigor, devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

¹³ CSJ. Sala de Casación Civil. M.P. Edgardo Villamil Portilla. Sentencia del 01 septiembre de 2010, referencia expediente 05001-31-03-001-2003-00400-01

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

JULIAN VALENCIA CASTAÑO
Magistrado

(con aclaración de voto)
PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
Magistrada

(con salvamento de voto)
BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA
Magistrado

Firmado Por:

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia
Firma Con Salvamento De Voto

Piedad Cecilia Velez Gaviria
Magistrada
Sala 002 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia
Firma Con Aclaración De Voto

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

Código de verificación: **1fca570455d70cb9539cb983ccdd8b3d77b7372beeb22448277f0497ebf9bc44**
Documento generado en 22/07/2025 06:10:38 PM

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