

TEMA: CONTRATO DE SEGURO - siempre habrá de regirse por la máxima buena fe de las partes / **NULIDAD – RETICENCIA / BUENA FE** - es deber de las partes obrar de buena fe y con ello que las declaraciones que haga el asegurado sean sinceras, exactas y sin reticencias /

TESIS: “(...) 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. (...) Con todo, 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.** (...) 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. (...) 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. (...) Ese encubrimiento de una enfermedad catastrófica, como la llaman unos, o crónica, como la denominan otros, es un comportamiento contrario a la buena fe, que debía haber observado en esa etapa contractual, 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, por vía de principio, con mayores veras, cuando como ocurrió en este caso, que ese padecimiento ocultado fue la causa del fallecimiento.”

MP. JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

FECHA. 03/05/2023

PROVIDENCIA. SENTENCIA

S-2023

Proceso: Verbal
Demandantes: Margarita Múnera Barrientos y otros
Demandada: La Equidad Seguros S.A. y otro
Radicado: 05001 31 03 013 2021 00026 01
Asunto: Confirma la sentencia apelada
Tema: Seguro de vida. Principio de la buena fe contractual. Reticencia.

**TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
-SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL-**

Medellín, tres (03) de mayo del dos mil veintitrés (2023).

Decide el Tribunal el recurso de apelación interpuesto frente a la sentencia calendada el 29 de junio de 2022, mediante la cual el Juzgado Décimo Tercero Civil del Circuito de Medellín dirimió la controversia en el proceso Verbal con pretensión declarativa de Responsabilidad Contractual, promovida por Margarita Múnera Barrientos, Andrés Felipe Londoño Múnera y Catalina Londoño Múnera, en contra de La Equidad Seguros Generales, Equidad Seguros de Vida O.C. y la Cooperativa Lechera de Antioquia – (COLANTA y la Cooperativa de Ahorro y Crédito Colanta (en adelante AYC COLANTA)). Labor jurisdiccional que se acomete en el siguiente orden,

I. ANTECEDENTES

1. Fundamentos Fácticos. Los hechos de la demanda, tal y como quedó reformada, se sintetizan de la siguiente manera:

1.1. Que, el día 12 de mayo de 2016, el señor Jesús Ángel Londoño tomó un crédito con AYC COLANTA por valor de CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M.L. (\$180.000.000), pero estando la deuda vigente, éste falleció el día 29 de noviembre de 2018 en la ciudad de Medellín.

1.2. Que la Señora Catalina Londoño Múnera, en su calidad de compañera permanente, continuó administrando la herencia, por lo que solicitó a la Cooperativa COLANTA y a AYC COLANTA, que la póliza que aseguraba el crédito tomado por el Sr. Jesús Ángel Londoño Londoño, respondiera por el valor de la deuda pendiente de pago, el cual para el momento de su muerte ascendía al saldo de \$139.322.304; pero, que al solicitar los documentos que respaldan la póliza, recibió como contestación que *“El documento que firma el deudor es la solicitud de crédito de AYC, en ella está la declaración de asegurabilidad”* y la aseguradora demandada había objetado la reclamación aduciendo una preexistencia.

1.3. Que la declaración de asegurabilidad fue llenada en su totalidad por la asesora vendedora, por lo que el tomador del seguro obró de buena fe, agregando, que Jesús Ángel Londoño Londoño era una persona analfabeta, escasamente sabía firmar y que, no le hicieron pruebas médicas para determinar qué enfermedades preexistentes tenía al momento de firmar el crédito que le otorgó AYC COLANTA.

1.4. No se logró acuerdo conciliatorio.

2. Pretensiones. Solicitó, entonces, la demandante, declarar que: *“...las Demandadas en esta demanda Verbal de Cumplimiento de Contrato de Seguros, LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. identificada con el NIT: 860.028.415-5 o LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., identificada con el NIT N° 830.008.686-1, son responsables del pago del saldo insoluto del crédito N° 129986 a partir del día del fallecimiento de su tomador señor JESUS ANGEL LONDOÑO LONDOÑO (29 de noviembre de 2018); por lo que, en consecuencia “...deberán responder por la sumatoria total de los dineros y sus respectivos intereses de mora legales, descontados por la COOPERATIVA LECHERA DE ANTIOQUIA - COLANTA y pagados a AYC COLANTA por concepto de la deuda insoluta desde el día del*

fallecimiento del señor ANGEL DE JESUS LONDOÑO LONDOÑO (29 de noviembre de 2018), hasta el día en que se dejen de descontar o se termine el pago de la deuda.

En subsidio, pretensionó declarar la responsabilidad del pago insoluto del crédito n° 129986 a la Cooperativa Lechera De Antioquia – Colanta y a la Cooperativa financiera AyC Colanta, por lo cual, pidió condenar a la aseguradora, la cual: “...deberá devolver la sumatoria total de los dineros con sus respectivos intereses de mora legales, retenidos a la señora MARGARITA MARÍA MÚNERA BARRIENTOS y abonados al crédito N° 129986 suscrito por el difunto JESUS ANGEL LONDOÑO LONDOÑO con AYC COLANTA, desde el día 29 de noviembre de 2018 hasta el pago total de la deuda o hasta el día de la ejecutoria de la sentencia...”

3. Actuación procesal. La demanda correspondió por reparto al Juzgado Trece Civil del Circuito de Medellín, despacho que la admitió el día 04 de marzo de 2022 y, una vez notificada, fue contestada por las personas jurídicas demandadas así:

3.1. La compañía aseguradora **La Equidad Seguros Generales OC**: indicó que, aunque esté probada la existencia de un crédito tomado por el señor Jesús Ángel Londoño Londoño con la Cooperativa AYC Colanta, lo cierto es que la aseguradora desconoce el saldo de la obligación al momento de su fallecimiento y más aún, desconoce lo relativo al pago de la obligación por parte de sus causahabientes, advirtiendo, además, que la Equidad Seguros Generales O.C., si bien hace parte del mismo grupo empresarial al cual pertenece la Equidad Seguros de Vida O.C., se trata de empresas con objetos sociales propios y totalmente diferentes el uno del otro, por lo que si con ella no se celebró el contrato, luego, existe falta de legitimación por pasiva.

Como excepciones de fondo planteó las que nominó: **i)** Ausencia de legitimación por pasiva y, **ii)** la innominada.

3.2. La Equidad Seguros de Vida OC. Llegó al proceso oponiéndose a las pretensiones de la demanda y, aunque reconoció la existencia de la póliza Número AA001596, Certificado AA102127, hizo la salvedad en cuanto que, si bien el amparo del crédito lo entregó la cooperativa AYC Colanta a la compañía aseguradora, se desconoce qué tipo de información dio dicha entidad a los hoy demandantes, pues la declaración de asegurabilidad fue diligenciada a través de funcionarios de la Cooperativa AYC Colanta, de quienes se presume el cumplimiento del deber de leer e informar plenamente al tomador del crédito con respecto al contenido de los documentos a firmar, especialmente del contenido de la declaración de asegurabilidad, ya que de la misma dependerá en un futuro la propia existencia del contrato de seguro y la efectiva operancia de sus amparos.

Como excepciones de fondo planteó las que nominó: **i)** Configuración de la figura de la reticencia en la declaración de asegurabilidad; **ii)** diagnóstico de cáncer (linfoma no hodgkin), como existencia previa a la expedición de la póliza, generaba una exclusión expresa en los amparos del seguro de vida grupo deudores; **iii)** límite de valor asegurado para el amparo reclamado y la **iv)** la innominada.

3.3. La Cooperativa COLANTA. Advirtió que la relación invocada por el demandante frente a ella desborda su objeto social, puesto que “...no hace parte de esa relación jurídica como acreedor, deudor, avalista, o cualquier otra figura que permita inferir ser parte dentro del negocio jurídico...”; pero admite, no obstante, que la existencia de la obligación es **CIERTA**, toda vez que el difunto señor Londoño había suscrito autorización de deducción para abonar al crédito que le hizo A y C Colanta, respecto de los pagos semanales

de la leche que le vendía a Colanta, pero para cancelar obligaciones adquiridas con A Y C Colanta, de modo que: “...*El señor JESUS ANGEL LONDOÑO LONDOÑO, en vida, había suscrito una autorización de descuento del pago de la leche, para obligaciones que hubiera adquirido con A y C Colanta, del pago semanal de la leche. Por lo anterior, Colanta practicaba los descuentos en la forma autorizada, advirtiendo desde ya que el fallecimiento de una persona no es una causa de extinción de obligaciones, de manera que no había razón alguna para dejar de practicar las deducciones, sobre todo, si los herederos siguieron ejecutando actos en nombre del patrimonio autónomo que conforma la masa herencial...*”

Formuló las excepciones que denominó: **i)** falta de legitimación en la causa por pasiva o Inexistencia de la obligación e imposibilidad jurídica de deducir obligaciones y responsabilidades a la Cooperativa Colanta, por no haber participado en el negocio jurídico del crédito o seguro; **ii)** Inexistencia del título para imputar responsabilidad solidaria a COLANTA; **iii)** Ausencia de relación entre la causa petendi y el petitum, e inexistencia de sustento fáctico para la pretensiones formales y materiales; **iv)** Reticencia; **v)** Buena fe, **vi)** Carencia de prueba de la responsabilidad que se le endilga a COLANTA.

3.4. La Cooperativa de Ahorro y Crédito Colanta - AYC Colanta.

Reconoció que al momento del fallecimiento del señor Jesús Ángel Londoño Londoño, éste tenía una obligación de crédito que ascendía a la suma de **\$139.322.304**, misma sobre la cual se descontaban las cuotas conforme a expresa autorización dada por él, orden ratificada posteriormente por sus herederos y compañera permanente, lo cual consta en el respectivo plan de amortización.

Blandió las siguientes excepciones: **i)** falta de legitimación en la causa; **ii)** existencia de un título valor; **iii)** contrato de seguros es independiente al

contrato de mutuo; **iv**) existencia de un contrato de libranza y autorización de descuentos de cuota.

4. La sentencia apelada. Agotadas las etapas procesales previstas en el Código General del Proceso, la señora juez a quo profirió sentencia el pasado 29 de junio de 2022, en la cual absolvió a los demandados de las pretensiones de la demanda, merced a la acreditación de una nulidad relativa por reticencia, al tiempo que condenó en costas a la parte demandante. Lo anterior, no sin antes declarar falta de legitimación en la causa por pasiva respecto de la demandada La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y aceptar el desistimiento de las pretensiones expresado por el demandante, respecto de la Cooperativa Lechera de Antioquia COLANTA y la Cooperativa de Ahorro y Crédito Colanta AYC COLANTA.

Bajo ese contexto litigioso, entró inicialmente la funcionaria analizar la legitimación en la causa en cabeza de La Equidad Seguros Generales OC, la cual encontró ausente a partir de que el fundamento de derecho reclamado era un contrato de seguro de vida grupo deudores, de cuya existencia daba cuenta la póliza Número AA001596, Certificado AA102127, de modo que, no correspondía con el objeto social de aquella entidad, la que en modo alguno estuvo vinculada al contrato de seguro, distinto a lo que ocurría con la La Equidad Seguros de Vida OC, que sí aparecía como titular de la relación aseguraticia.

Luego de emprender el análisis de los elementos esenciales que configuran el contrato de seguro de vida grupo deudores, a partir de lo normado por los artículos 1137 y 1144 del Código de Comercio, destacó la relevancia de la declaración fidedigna del riesgo asegurable, de donde surgía la obligación para quien trasladaba el riesgo, de informar de manera completa su real estado de salud, conforme lo pregonaba el artículo 1058 *ib*. Encontró entonces

acreditados la funcionaria los requisitos establecidos en el contrato de seguro, en lo que hacía a la ocurrencia del siniestro, seguidamente, a partir de la prueba testimonial practicada en el proceso, la historia clínica, las condiciones generales del seguro -numeral 4° Y 7°-, el formulario de solicitud del crédito, concluyó, que podía admitirse como un hecho cierto, que el señor Jesús Ángel Londoño Londoño mintió al declarar su estado de salud, sobre una enfermedad significativa conocida como como *linfoma no hodgkin*, la cual requería el sometimiento esporádico a quimioterapia de 15 años atrás y que al indagársele para la obtención del crédito y tras acreditar su aptitud para conocer lo que firmaba, dijo no padecer ninguna enfermedad, advirtiendo la funcionaria que si él no tenía conocimiento que se trataba de un cáncer, mínimamente debió haber mencionado ese linfoma, como preexistente, para concluir que precisamente fue esa enfermedad la que causó la muerte del señor Londoño, acreditándose el nexo entre la preexistencia alegada por la asegurada y la ocurrencia del siniestro, dando como resultado la nulidad del contrato de seguro.

5. El recurso de apelación. La parte demandante recurrió la sentencia. Así, concedido el recurso de apelación en primera instancia, el mismo fue admitido por este Tribunal, seguidamente, se otorgó el término de rigor para la sustentación, el cual recorrió de la forma como pasa compendiarse:

Que la reticencia obedece a una inexactitud no culpable del señor Jesús Ángel Londoño Londoño, quien debido a su poca formación intelectual no tenía la capacidad de discernir o diferenciar entre los términos con que se identifica la enfermedad, es decir, no podía saber con exactitud si lo que tenía era un cáncer o qué tipo de cáncer.

Destacó que la funcionaria omitió valorar que no fue el señor Londoño el autor del documento, pues, al llenarse con una equis “...en la casilla donde dice NO,

aparece el mismo tipo de letra, idéntico, al que se utilizó para llenar las casillas existentes en los demás apartes de la solicitud de crédito, y totalmente diferente al que se muestra en la firma del tomador; entonces, si la caligrafía de la entrevista en la cual le preguntan por el estado de salud no es de él, esto quiere decir, que fue otra persona quien llenó este formulario. El simplemente lo firmó...”

Alude nuevamente al grado de escolaridad para sostener que el señor Londoño no tuvo tiempo suficiente para leer el formulario, como lo sostuvo la *a quo*, pues “...una persona con este nivel de escolaridad puede leer entre 60 y 80 palabras por minuto, lo cual quiere decir, que en diez minutos puede leer una página aproximadamente, y la póliza de seguros, tiene 16 páginas; entonces, una persona con grado de escolaridad de segundo de primaria debe demorarse aproximadamente, más de dos horas para leer esa póliza.

Que la reticencia es bilateral, lo que traduce que, si bien el tomador está obligado a decir la verdad, el asegurador debe valorar la versión a fin de comprobarla mediante examen médico y no quedarse con la primera versión, conducta que implica aceptación de los vicios del contrato por parte de la aseguradora, siendo de su resorte demostrar que: “...sin esos desmanes no se hubiera contratado y, por último, quedaba también descartar que la pasividad del asegurador, fuera distinta a la convalidación tácita de los vicios fundantes de la nulidad...”.

Resaltó, de igual forma, que tampoco existía mala fe, amén que: “...al negar que tiene cáncer, está actuando con sinceridad, porque le han diagnosticado una enfermedad con nombre distinto. Entonces, en el lapso ínfimo de tiempo, cuando está expuesto a responder si o no a cada pregunta, no puede condenársele por decir la verdad, esto es, cuando se le pregunta si padece cáncer, responde inmediatamente que no, para luego seguir con un cuestionario que se agota en

minutos efímeros y donde cada respuesta no puede ser evaluada a fondo por el encuestado...”

Expuestos de esta manera los antecedentes que dieron lugar a la alzada, y al no observarse vicios que puedan afectar el trámite del proceso, 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.

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...*”¹

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

¹ Comentarios al Contrato de Seguro. López Blanco Hernán Fabio. Ed. Dupré Editores. Bogotá. 2004.

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,*”² 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 invalidez.

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*

² Corte Suprema de Justicia Sala de casación Civil. M.P. Pedro Octavio Munar Cadena. Ref. 7142.

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. Ya en torno a la naturaleza y elementos propios del seguro de vida grupo deudores, útil resulta traer a colación la sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia del 30 de junio de 2011, Magistrado Ponente doctor Edgardo Villamil Portilla, donde el Alto Corporado explica que:

“6.1. Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito. De hecho, debe recordarse que el artículo 191 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993), prescribe que “solamente por ley podrán crearse seguros obligatorios” y, en este caso, no existe una exigencia tal impuesta por el legislador. Esta forma de aseguramiento, como está concebida, representa una garantía adicional de carácter personal, cuyo acogimiento depende de la aquiescencia del deudor y de las políticas sobre manejo de riesgo de las entidades financieras, todo, sin perjuicio de que el mismo obligado decida adquirir dicho amparo por iniciativa propia.

6.2. Sucede, sin embargo, que cuando se constituye dicha garantía, normalmente el deudor-asegurado adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas con

la aseguradora que otorga la póliza colectiva. Por su parte, el numeral 2º del artículo 210 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993), establece que “en todos los casos el deudor deberá recibir un certificado individual y copia de las condiciones del contrato de seguro con la estipulación de la tarifa aplicable”, lo que deja ver la necesidad de que el asegurado, cuyo interés asegurable es el que se protege, cuente con la debida información sobre el contenido y alcance de la póliza contratada.

6.3. Asimismo, cuando le es exigida, el deudor tiene la posibilidad de adquirir la póliza con otros aseguradores.

6.4. **El seguro de vida “grupo deudores” constituye entonces una modalidad de seguro colectivo, dirigida a sujetos que comparten la condición de deudores respecto de un mismo acreedor. Como la reglamentación actual no exige un número mínimo de miembros, basta con que exista una pluralidad de individuos asegurados.**

(...)

6.10. En el seguro de vida grupo deudores, dada su naturaleza y finalidades especiales, el valor asegurado es el acordado por las partes, esto es, el convenido por el acreedor-tomador y la aseguradora, quienes para **tal fin gozan de libertad negocial**...”.

2.4. Con todo, 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.**

2.5. 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 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 destaca³:

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

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

*“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.**”*

*“Lo anterior, porque ‘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 viene a estar asociada a la intimidad del asegurado**’⁴.*

*“**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 señor Jesús Ángel Londoño Londoño (q.e.p.d.), adquirió, en vida, una póliza Grupo deudores Número AA001596, Certificado AA102127, cuyo tomador en la modalidad del seguro por cuenta, era el señor Londoño, seguro de vida grupo que tenía el objeto de proteger todas las operaciones de crédito otorgadas a determinado grupo de personas, entre ellas, el señor Jesús Ángel Londoño, a quien, en calidad de socio productor de leche, se le otorgó un crédito por un valor de

⁴ Sentencia 379 de 19 de diciembre de 2006, expediente 1997-5665-01.

\$180.000.000 (Ciento Ochenta Millones de Pesos), lo cual consta en la solicitud de crédito N°89048, pagaré N°129986, carta de instrucciones (cfr. fl. 385, 386 pdf. 16).

No llama a duda que los demandantes, viuda y herederos, pretenden, en el contexto del aludido contrato de seguro, en cuya vigencia -30 de mayo de 2018 hasta 30 de mayo 2019- ocurrió la muerte del deudor, por lo que debía abrirse paso el pago insoluto de la deuda adquirida por el señor Jesús Londoño, crédito que, para la fecha de su óbito, el 29 de noviembre de 2018, ascendía a **\$139.322.304**.

4.1. Conciérne recordar que, en su fallo, la juez *a quo* reafirmó la objeción planteada por la aseguradora, la cual dedujo reticencia al analizar la prueba traída al plenario, reticencia del tomador asegurado de la póliza, quien encubrió que desde el año 2007 había sido diagnosticado con *LINFOMA NO HODGKIN*, en orden a lo cual, recibía tratamiento esporádico de quimioterapia de 15 años atrás, por ello, el eje central argumentativo de la censura, gira en torno al escaso intelecto del asegurado, para ultimar que no estaba en capacidad de comprender en términos de la medicina la enfermedad que afrontaba, lo que le impidió también entender la declaración de asegurabilidad, agregando que el cuestionario en el que se recogió la información no fue diligenciado por él y, remarcando la falta de diligencia profesional de la compañía aseguradora.

4.2. Analizado al detalle el punto, no puede menos esta Sala del Tribunal que conceder razón a la señora jueza 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 la dispensadora de justicia, como lo fue la nulidad del contrato.

4.3. Se estima entonces inaceptable el argumento del recurrente dirigido a señalar que el asegurado Jesús Ángel Londoño Londoño se limitó a firmar sin comprender la información del documento, el cual fue llenado por otra persona, pues, acreditada su autoría, nunca se mostró actividad tendiente a discutir la eficacia jurídica del documento denominado “*solicitud del crédito de persona natural*” (cfr fl. 176 pdf. 27), en orden a lo cual, 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 asegurativo, pues, como lo dijo la representante legal de la compañía aseguradora, se pactó con la Cooperativa Financiera AyC Colanta, que se verificara el estado de salud de los deudores y así se hizo.

4.4. Por consiguiente, a lo alegado por el recurrente, se contrapone la firma impuesta con huella, como manifestación inequívoca de la voluntad del señor Jesús Londoño Londoño, en los documentos que componen la póliza de seguro, con lo que el asegurado asintió lo convenido y dio por sentado que había entendido lo pactado, tesis que se solidifica, cuando la misma sobrina del fallecido, señora Erika María Londoño Londoño, como también lo recalcó la señora jueza, dijo estar presente a la firma de los mentados documentos y pudo ver cómo fueron firmados de forma voluntaria por el señor Jesús Londoño, al respecto señaló la señora Erika Londoño: “...*PREGUNTA LA FUNCIONARIA. Usted vio o le consta si él revisó los documentos que usted menciona ese día el firmó, antes de suscribirlos. RESPUESTA: Yo creo que sí, porque él siempre se demoró o sea firmando y viendo los papeles, pues entonces yo creo que sí, que él se tuvo que tomar el tiempo como para mirar esos papeles, porque si él no se hubiera tomado el tiempo él no se hubiera demorado tanto como que tanto pues en hacer ese trámite...*” (cfr. mnto 10:28 pdf. 46 interrogatorio testigo).

4.5. Ahora, de lo que no hay prueba es que ese documento haya sido firmado en blanco, pues el argumento dirigido a la diferencia de caligrafía entre la firma y las X marcadas en las casillas dispuestas para su llenado, no es pertinente ni conducente para llegar a tal deducción probatoria, como sí lo sería, por ejemplo, la declaración de la asesora Martha Pérez, empleada que recibió la solicitud, quedando el proceso desprovisto de este trascendental medio de convicción al que se aferra el recurrente. Pero, en gracia de discusión, aunque la empleada de la Cooperativa Financiera AyC Colanta de San Pedro de los Milagros, aceptara que fue ella quien procedió a completar los espacios en blanco, el hecho tendría la siguiente explicación: cuando menos desde el año 2009 el señor Jesús Ángel Londoño Londoño, venía celebrando diferentes vínculos crediticios con la entidad en calidad de asociado productor, según se refleja en los pagarés y en las diferentes solicitudes que se diligenciaron con la finalidad de obtener créditos rotativos, ordinario y de vivienda (cfr. fl. 158-184 pdf. 27), de modo que, dichos acercamientos contractuales, permitían mantener una información consolidada, misma que el contratante dio por sentada y conocida, sin que se tratara de ningún analfabeta contractual.

4.6. Por consiguiente, existen hechos indicadores que llevan a inferir que el señor Jesús Ángel Londoño Londoño estuvo de acuerdo con la información que se plasmó en la solicitud del seguro y la declaración del estado del riesgo, lo que, de paso, deviene intrascendente si los espacios o respectivas casillas hubieren sido diligenciados ya por el asegurado ora por **la asesora de la Cooperativa**, pues, si hubiere sido ésta quien diligenció la solicitud, de todas maneras lo hizo con el asentimiento y datos que le dio aquél, luego, por el lado que se le mire, las imprecisiones o falsedades que allí se escribieron no fueron obra intelectual de quien aparentemente llenó el documento como amanuense, sino del propio tomador, quien fue el que faltó al principio de la buena fe, al guardar silencio sobre sus condiciones de salud.

En efecto, el censor estima entonces que esas imprecisiones o falsedades consignadas en la declaración de asegurabilidad son atribuibles a la asesora y, por ahí mismo se comunican a la aseguradora, pero, en verdad, el hecho de que una asesora haya completado los formularios, 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, por sí solas, eran claras en revelar lo pretendido con el cuestionario, que no era otra cosa que la declaración de asegurabilidad o del estado del riesgo, por eso, no es aceptable inferir que el firmante desconociera que el documento contenía espacios en blanco de información cuyo diligenciamiento resulta **una carga mínima que en cualquier relación contractual se debe asumir**, ya que, en últimas, 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**. Además, que su sobrina lo vio emplear buena parte del tiempo en su revisión y lectura, leugo, se itera, no era ningún analfabeta el que estaba firmando la declaración de asegurabilidad.

4.7. Es que los mismos familiares del fallecido son claros en señalar que era una persona que debido a su actividad laboral, pasaba revisando facturas y documentos relacionados con insumos para la finca a más que participaba en Colanta como asociado etc., y, con base a ello, tomaba las decisiones laborales y financieras para dirigir la Finca y lo hacía de forma directa, sin requerir ayuda o explicaciones de nadie, nótese además, cómo sí pudo diligenciar todo lo concerniente a su profesión u oficio, su patrimonio neto, deduciendo ingresos y egresos, su dirección de residencia, referencias personales y familiares, con sus respectivos datos de contacto, así como la descripción del vehículo de su propiedad y su valor comercial, incluso, como lo señalan los interrogados, fue de boca del señor Jesús Ángel Londoño que

se enteraron del seguro de vida que cubría el crédito para realizar reclamación ante su eventual fallecimiento, de donde se desprende claramente que no es cierto el grado de ignorancia que de él pregona el apoderado judicial en el recurso, ya que él bien comprendía los alcances y condiciones del vínculo asegurativo que celebraba, punto en el cual, cobra fuerza lo dicho por la funcionaria, respecto a que podía ser cierto que no pudiera identificar la enfermedad que padecía por su nombre científico como *LINFOMA NO HODGKIN*, pero de todas maneras en las anotaciones de la historia clínica se hacía evidente su *diagnóstico en el año 2007*, razón por la cual debía conocer al menos que sí padecía de un cáncer, máxime cuando el formulario para llenar era muy simple y claro, en el cual se consignaba que: “...en caso de haber contestado que **NO** en los ítems anteriores, declaro y firmo en el espacio destinado, que al momento de tomar este servicio, **gozo de buen estado de salud y no presento enfermedad preexistente...**”, tema sobre el cual 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. En un caso donde se firmó por el tomador el formulario de solicitud y la declaración de asegurabilidad en blanco, para luego ser llenado por la agencia de seguros, la Corte en la SC 205 del 5 de noviembre del 2002, expediente 6717, con ponencia del Dr. José Fernando Ramírez Gómez, no solamente halló que no había prueba de que la intermediaria o agencia de seguros tuviese la representación de la aseguradora, cargo que de todas maneras no estudió porque no hizo parte del debate desde la demanda, sino que al asumir la decisión de fondo del cargo tercero –y esto es lo que interesa de esa casación al presente asunto-, encontró la Corte que **la sola firma del tomador del contrato de seguro lo hacía autor del documento que luego**

fue llenado por la agencia intermediaria. Esto se destaca

de dicha sentencia de casación:

*“Desde luego que el argumento de la representación por lo novedoso no puede ser admitido en casación, pues definitivamente él altera el contenido fáctico del thema de decisión, pues éste no fue planteado como fundamento de la pretensión en la demanda. **Por lo demás, independientemente de la validez del mismo, 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 Carnelutti 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 y que ahora hace el tribunal)*

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...”**⁵; es más, en la misma providencia se

⁵ C.S.J. Sentencia civil Nro. 2803 del 4 de marzo de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

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 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...’*”.

Ciertamente, para la aseguradora, entonces, dicho brocardo de la buena fe y la reciprocidad contractual, le imponía 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 no adolece el documento llenado, además, que dicha circunstancia cabría discutirla siempre y cuando le hubiere sido suministrada la información verídica a la aseguradora, de modo que ella pudiera conocer los términos en que eventualmente asumirá el riesgo.

4.9.1. Inicialmente, 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, 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...⁶ (se resalta).

5. Para retomar, 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 sean sinceras, exactas y sin reticencias, situación que en el caso bajo estudio no aconteció. Veamos por qué:

A la postre, el argumento del recurrente sobre el desconocimiento del término médico de la patología diagnosticada que enfrentaba desde el año 2007 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 la patología**, debió solventarla a partir de la relación médico-paciente, pero, en modo alguno puede admitirse la ignorancia se alega sobre el padecimiento que el mismo paciente ya conocía desde el año 2007, la cual fue tratada durante varios años, para distraer el deber de declarar el estado de salud al momento de celebrar el contrato de seguro. Tampoco es objeto de esta providencia proceder a traer definiciones de la literatura hipocrática para explicar lo que se conoce como linfoma, tipos, causas y síntomas, en realidad, lo importante aquí es que ese era su diagnóstico en 2007 y que incidió en la fijación del riesgo, sin que al paciente se le hubiese exigido el nombre de su patología,

⁶ Ib.

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.

5.1. Pero es más, tampoco hace falta que un paciente penetre en el campo de la medicina, para entender que determinado tratamiento, corresponde a determinada enfermedad, máxime cuando ha estado sometido al tratamiento por más de 15 años, como le ocurrió al señor Jesús Londoño, quien, por lo menos, también pudo haber declarado que enfrentaba una enfermedad preexistente que lo obligaba a someterse a quimioterapia, tratamiento que aceptan los familiares que tanto él como ellos conocían, incluso, la señora Catalina Londoño declaró ser la encargada de vigilar la historia clínica, por lo que explica de forma detallada que le realizaban el tratamiento de forma ambulatoria, por alteración de los leucocitos, lo que perduró entre 2007 a 2012 aproximadamente, interregno en el cual no le vieron afectado ningún órgano, pero que luego volvió a enfermarse en el año 2018, por simple definición, entonces, bien puede inferirse razonablemente que el señor Londoño sí conocía de años atrás que padecía de un cáncer.

5.2. Ese encubrimiento de una enfermedad catastrófica, como la llaman unos, o crónica, como la denominan otros, es un comportamiento contrario a la buena fe, que debía haber observado en esa etapa contractual, 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, por vía de principio, con mayores veras, cuando como ocurrió en este caso, que ese padecimiento ocultado fue la causa del fallecimiento por *“leucemia linfocítica crónica”* (cfr. fl. 95 pdf. 27), como bien lo recalcó la funcionaria.

6. Por otro lado, no pueden ser acogidos los argumentos del recurrente sobre convalidación tácita de los vicios fundantes de la nulidad por parte de la aseguradora, pues debe tener presente el recurrente, que así como la buena fe -se dijo- abraza al tomador del seguro, igual cubre a la aseguradora, que en este caso, enterada de la reticencia del tomador ya por información directa de éste o por cualquier otro medio y estando en ejecución el contrato, no hay lugar a las sanciones establecidas en el citado artículo 1058 del Código de Comercio, “(...) *cuando se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente...*”, comportamientos estos que implican convalidar el contrato, mismos que 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...**”⁷ (subraya el Tribunal).*

6.1. En primer lugar, no hay evidencia que indique, que antes de la celebración del contrato o ya celebrado el mismo, la aseguradora “*ha conocido o debió conocer*” del ruinoso padecimiento del asegurado Ángel Londoño, para por esa vía soslayar los vicios de que se ocupa el artículo 1058 del C. de Cio., pero, lo más importante, es que La Equidad Seguros contractualmente **no adquirió obligación alguna de verificar información sobre el estado del riesgo**, como lo sugiere el recurrente.

⁷ OSSA G.J. Efrén. “TEORÍA DEL CONTRATO DE SEGUROS”. “El Contrato”. 2da Edición, Editorial Temis S.A., Bogotá. 1.991 pág. 352.

6.2. 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 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 ubérrima 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. Por consiguiente, si se examina como un todo el *iter* contractual, pronto aflora que, de haber tenido conocimiento la aseguradora de la enfermedad que padecía el asegurado, hubiera obrado de otra manera; de este modo, se deduce que, si lo aseguró, **fue merced al silencio que el asegurado observó sobre su real estado de salud.** Tampoco hay prueba que indique al Tribunal que la inexactitud o reticencia provienen de un error inculpable, pues no se ve cómo excusar el ocultamiento del padecimiento de una enfermedad catastrófica, acerca de la cual se le indaga de manera puntual y el declarante sabe de sobra que la padece, lo cual sube de punto, 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**”⁸.

7. Así las cosas, tal como lo determinara la funcionaria 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

⁸ 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

que, de haber sido conocidos por el asegurador, este no hubiera otorgado su consentimiento a la celebración del contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas que las estipuladas, pero evidentemente, se privó a la compañía aseguradora de tal elección.

8. No saliendo avante 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 Trece Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, el día 29 de junio de 2022, 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

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, DEVUÉLVASE Y CÚMPLASE,



JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
Magistrado



PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
Magistrada



JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO
Magistrado