

**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA
SALA DE CASACIÓN CIVIL**

FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ
Magistrado Ponente

SC2803-2016

Radicación n° 05001-31-03-003-2008-00034-01

(Discutida y aprobada en sesiones de veinte de octubre y
primero de diciembre de dos mil quince)

Bogotá D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil dieciséis
(2016).

Decide la Corte el recurso de casación interpuesto por Olga Cecilia Pardo Jaramillo, frente a la sentencia de 27 de febrero de 2014, proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, dentro del proceso ordinario que adelantó contra Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

I.- EL LITIGIO

1.- La accionante pidió declarar el incumplimiento de la demandada en el pago de cinco (5) seguros tomados por

Fernando Enrique Calderón, que ascienden a doscientos setenta y nueve millones setecientos mil pesos (\$279'700.000), más los intereses moratorios causados a la tasa máxima legal permitida, como lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio, discriminados así (folios 54 al 56, cno. 1):

a.-) Cincuenta y dos millones cuatrocientos veinticinco mil pesos (\$52'425.000) por cada uno de los certificados individuales N° 1641175, 1641176, 1641737 y 1641738, bajo la póliza matriz de vida grupo N° 4163849, exigibles todos desde el 27 de octubre de 2006.

b.-) Setenta millones de pesos (\$70'000.000), según certificado individual N° 1962299, correspondiente a la póliza matriz de vida grupo N° 3855410, que debió satisfacer el 10 de noviembre de 2006.

2.- Los hechos en que basó su reclamo se resumen de esta manera (folios 52 al 54, cno. 1):

a.-) Enrique Calderón Ortiz adquirió con la contraparte dos (2) seguros «*bajo la Póliza Matriz de Vida grupo N° 4163849*», que incluían separadamente «*el amparo de “muerte por cualquier causa” por un valor asegurado inicial de \$50'000.000.00*», incrementados anualmente en el índice de precios al consumidor, como se hizo constar en los certificados individuales N° 1641175 y 1641176 (27 jun. 2005).

b.-) Luego contrató otros dos (2) en iguales condiciones, según los certificados individuales N° 1641737 y 1641738 (30 sep. 2005).

c.-) Posteriormente se hizo a uno (1) adicional «*bajo la póliza de vida grupo N° 3855410*» por setenta millones de pesos (\$70'000.000), consignado en el certificado individual N° 1962299 (29 ago. 2006).

d.-) Las primas fueron pagadas oportunamente y señaló como única beneficiaria a Olga Cecilia Pardo Jaramillo, quien era su cónyuge.

e.-) El asegurado falleció, configurándose la ocurrencia del siniestro (14 sep. 2006).

f.-) Presentó reclamaciones escritas (27 sep. y 17 oct. 2006), pero fueron objetadas (10 nov. 2006), sin que de nada sirviera la solicitud de reconsideración que envió a la obligada (28 feb. 2007).

g.-) Se adujo como razón de la negativa la «*nulidad relativa de los contratos de vida contratados por Fernando Enrique Calderón Ortiz*», sin que se le haya notificado alguna acción judicial tendiente a su reconocimiento, por lo que «*está corriendo contra la aseguradora la prescripción ordinaria de dos años contados desde que conoció el supuesto vicio de nulidad relativa*», que alega de antemano con base en el artículo 1081 del Código de Comercio y la CSJ SC 045 del 3 may. 2000, rad. 5360.

3.- Aseguradora de Vida Colseguros S.A., una vez notificada, se opuso y planteó la defensa de «*nulidad relativa de los contratos de seguro*» (folios 72 al 85, cno. 1).

4.- El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Descongestión de Medellín tuvo por probada la excepción y negó las pretensiones (folios 316 al 332, cno. 1).

5.- El superior confirmó lo resuelto, al desatar la apelación de la promotora (folios 50 al 73, cno. 6).

II.- FUNDAMENTOS DEL FALLO IMPUGNADO

Se resumen en estos términos:

1.- No hay que suspender este trámite por prejudicialidad porque está más avanzado que el proceso de Aseguradora de Vida Colseguros S.A. contra del Banco Davivienda S.A. y Olga Cecilia Pardo Jaramillo, con el fin de establecer la nulidad relativa de los contratos de seguro de vida a que se refiere este conflicto, y está pendiente de fallo en el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Medellín.

2.- El incumplimiento de las «*prestaciones claramente delimitadas*» en el artículo 1058 del Código de Comercio, que trata sobre la declaración del estado del riesgo, acarrea sanciones al tomador.

La principal fuente de conocimiento del estado de

salud es el propio asegurado, por lo que se justifica «*la imposición de un especial deber de conducta para obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, lo cual le prohíbe callar información relevante que a su disposición se halla y que en condiciones normales no es asequible para el asegurador*», lo que se trató en CSJ SC 19 may. 1999, rad. 4923; SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665; y SC 1° sep. 2010, rad. 2003-00400-01.

La excepción de nulidad por reticencia prospera si se demuestra que «*el asegurador de haber conocido la realidad sobre el estado del riesgo asegurado se hubiera sustraído de la celebración del contrato, o lo hubiera hecho en unas condiciones más onerosas*», como se dijo en CSJ SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665-01.

3.- No es suficiente, para los anteriores fines, con diligenciar el cuestionario que se formule, puesto que la «*carga informativa, como manifestación concreta del principio a la buena fe contractual, se extiende durante todo el periodo precontractual, en el que la entidad aseguradora debe decidir si asegura o no el riesgo objeto del seguro*», lo que se resaltó en CSJ SC 2 ago. 2001.

Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «*al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud*», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «*candidato a tomador*» asume las consecuencias «*adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido*

al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».

4.- Para el caso específico, los certificados individuales aportados dan fe de la existencia de los contratos de seguro de vida, se confirmó el «*suceso incierto del riesgo*» con el registro civil de defunción de Fernando Enrique Calderón, acaecida el 14 de septiembre de 2006, y no se discute el cumplimiento en el pago de la prima.

Aunque la demandante afirma que su esposo dejó de suscribir «*cuatro de los cinco certificados de seguro de vida*», por lo que la aseguradora «*aceptó el riesgo sin restricción alguna*» y que, a pesar de hacerlo en el último, «*la enfermedad omitida no era relevante para que la aseguradora se hubiera retraído de la celebración del contrato, o por lo menos, hubiera modificado las condiciones de la negociación*», eso no es de recibo.

Si bien es cierto en los certificados individuales Nro. 1641176, 1641175, 1641738, 1641737 «*no se evidencia la firma del suscriptor*», éste pudo contar espontáneamente su verdadera situación de salud, en cumplimiento del «*deber de obrar con esmerada corrección y buena fe*», aún más cuando esa información tenía importancia para la aseguradora «*como podía ser deducido, en este caso, a partir del formulario de declaración de asegurabilidad que el tomador decidió no suscribir*».

Por eso debe evaluarse si en esos casos la omisión era relevante para el perfeccionamiento de los negocios jurídicos y, en relación con el certificado 3855410, sí se faltó a la verdad cuando afirmó estar sano y que no le habían diagnosticado alguno de los padecimientos allí citados.

5.- En la historia clínica de Calderón Ortiz constan «*diversos ingresos*» por varias razones, como «*hipertensión arterial documentada desde el año 2001*» que le fue tratada, lo que corroboró la experticia, concluyéndose que «*faltó a su deber de veracidad e información frente al tipo de enfermedades que se señalaron dentro de los distintos certificados individuales de seguro de vida*», configurándose la reticencia e inexactitud del asegurado.

6.- La intrascendencia de «*las enfermedades ocultadas por el tomador*» se desecha con apoyo en la referida SC 1° sep. 2010, rad. 2003-00400-01, según la cual «*la prosperidad de la excepción de nulidad relativa del contrato no requiere la demostración específica de que la omisión -o la información equivocada- llevaría a la aseguradora a desistir del negocio o a pactarlo en condiciones más onerosas*», siendo que la normatividad «*reprocha es el actuar antijurídico y perjudicial de caros principios que rigen el contrato de seguro*».

7.- No se configura la prescripción alegada por la recurrente ya que se interrumpió con «*la solicitud de conciliación extrajudicial y la formulación de la demanda*

desde el 26 de septiembre de 2008» en otro despacho, sin que se comparta que el cómputo del término se tome «a partir del día en que la aseguradora recibió las declaraciones de asegurabilidad sin firma del candidato a tomador, esto es, desde el 27 de junio y el 30 de septiembre de 2005», en contra de lo que dispone el artículo 1081 del Código de Comercio.

III.- LA DEMANDA DE CASACIÓN

Se formulan tres ataques contra el fallo de segundo grado por la causal primera de casación, los dos iniciales en forma directa y el último como consecuencia de una indebida apreciación de la prueba documental.

En vista de que todos están relacionados con la inexistencia de la nulidad relativa en cuatro certificados de uno de los contratos de seguro de vida grupo, así como la configuración de la prescripción para excepcionarla, coincidiendo en esencia en sus planteamientos, se conjuntarán.

PRIMER CARGO

Acusa la vulneración frontal de los artículos 1742 y 1743 del Código Civil; 1058 y 1081, inciso segundo, del Código de Comercio; así como 863, 871, 1036, 1037, 1041, 1054, 1072, 1077, 1080 y 1081, inciso 3, *ibídem*, estos últimos por falta de aplicación.

Desarrolla la inconformidad en estos términos:

1.- Las sanciones del artículo 1058 *ibidem*, no tienen lugar si «*el asegurador antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente*», como se precisa en el inciso final.

2.- Sin embargo, el fallador tuvo en cuenta esa norma en forma incompleta al derivar de ella los efectos adversos en su contra, siendo que la opositora estaba obligada a revisar los formularios y, al recibirlos sin firma y no objetarlos, pues, «*cobró las primas y no adelantó ninguna acción para la declaratoria de nulidad*», terminó aceptándolos «*expresamente o, por lo menos, tácitamente*», quedando imposibilitada para «*predicar la nulidad por reticencia, ni mucho menos por inexactitud*». Así se dijo en CSJ SC 19 may. 1999, rad. 4923, y SC 12 ago. 2001, rad. 6146.

3.- En cuanto a la prescripción que contempla el artículo 1081 *id*, se negó ese derecho infringiendo el precepto y le dio una lectura inadecuada a la CSJ SC 3 may. 2000, rad. 5360, siendo que el término para computarla comenzó desde «*la presunta reticencia, referida al momento de la celebración del contrato*», contando con dos (2) años para «*iniciar la acción de nulidad relativa, pues ya ahí se pudo o debió percatar de que el asegurado no firmó*

esas declaraciones».

SEGUNDO CARGO

Denuncia la infracción directa de las mismas normas, con iguales argumentos al anterior, concretando el ataque a que no se les hizo producir los efectos contemplados en ellas, pues, si así fuera *«hubiese arribado a la conclusión de que la Aseguradora al no haber ejercido acción u oposición frente a las declaraciones de asegurabilidad sin firma del asegurado, se allanó a subsanarlas, aceptándolas expresa o por lo menos, tácitamente».*

TERCER CARGO

Señala indirectamente afectados los artículos que enunció en los precedentes ataques, como consecuencia de la apreciación indebida de los certificados de seguro de vida número 1641176, 1641175, 1641738 y 1641737.

Consiste el descontento en que:

1.- Se dio por demostrado, sin estarlo, la negativa a suscribir esos formularios y desatendió que la *«compañía aseguradora accionada aceptó o tomó el riesgo, en el estado en que se encontraba, sin declaración de asegurabilidad»*, al acogerlos tal cual estaban.

2.- De esos documentos solo se extrae que *«no están firmados, nada más, ni nada menos»*, por lo que inferir *«que*

el tomador decidió no suscribir las declaraciones de asegurabilidad, o su equivalente, que se negó a firmarlas, es algo que no (...) puede concluirse en sana lógica de la prueba en si misma considerada, sino forzándola caprichosamente».

3.- Por el contrario, lo que se produjo fue el aseguramiento a ciencia y paciencia de que *«no había declaraciones de asegurabilidad»*, acogiéndolo así, pues, la reticencia a suscribirlos en lo que hubiera derivado era en *«la negativa a otorgar el seguro, o por lo menos exigir condiciones más gravosas al tomador, o requerirlo para que firmara»*.

4.- No podía exculparse de esa manera la responsabilidad del *«experto o profesional (aseguradora)»*, siendo que lo aplicable eran las sanciones que contempla el artículo 1058 del Código de Comercio, para quien *«ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración»*, allanándose a subsanarlos o aceptándolos expresa o tácitamente, como aquí sucedió al cobrar la prima y otorgar la cobertura, sin *«iniciar las acciones propias tendientes a buscar la nulidad relativa desde que recibió esas declaraciones sin firma»*, por lo que desde ese mismo momento empezó a correr la prescripción que a la postre se configuró.

CONSIDERACIONES

1.- La beneficiaria instituida en cinco certificados individuales de seguro de vida grupo contratados por

Fernando Enrique Calderón Ortiz, exige el pago del siniestro por la muerte de éste, frente a la renuencia de la aseguradora que adujo su reticencia al callar los padecimientos que lo aquejaban.

2.- El *ad quem* confirmó la absolución de la contradictora, en vista de la nulidad relativa que afecta todos los vínculos y ella adujo oportunamente, sin que prescribiera esa excepción como lo invocó su contraparte.

3.- La promotora insiste en que la demandada recibió cuatro de los formularios sin firmar por el tomador, aceptando indiscutiblemente su estado de salud y la cobertura del riesgo. Además, que desde ese momento comenzó a correr el término extintivo para invalidar el acuerdo por cualquier inexactitud, el que se cumplió desde antes de concurrir al pleito.

4.- Los alcances del libelo son parciales, puesto que ninguno de los ataques se refiere al seguro de vida 3855410 y el certificado individual N° 1962299, quedando cerrada cualquier discusión frente al mismo, para centrarse en los cuatro restantes con N° 1641176, 1641175, 1641738 y 1641737 de la póliza matriz 4163849.

5.- La infracción frontal de preceptos materiales ocurre cuando el fallador no tiene en cuenta los que gobiernan el caso concreto, aplica los que son completamente ajenos a la controversia o, acertando en su selección o escogencia, les da un alcance o efecto que no

acompaña ni se ajusta a la situación examinada.

Al radicar el quebranto en la interpretación dada a las normas sustanciales, ningún reparo se admite en esta clase de embate a los aspectos fácticos y probatorios consignados en el fallo, que corresponden a la senda indirecta.

La Corte en SC de 15 de noviembre de 2012, rad. 2008-00322-01, reiterada el 4 de abril de 2013, rad. 2004-00457-01, sostuvo que en esta causal se

(...) requiere de la aceptación de todos los hechos que en ella se tuvieron por probados y sin que se pueda exteriorizar inconformidad con los medios de convicción obrantes en el plenario, toda vez que la labor argumentativa del censor sólo puede estar orientada a descubrir los falsos juicios sobre las normas materiales que regulan el caso, ya sea por falta de aplicación, al no haberlas tenido en cuenta; por aplicación indebida, al incurrir en un error de selección que deriva en darles efectos respecto de situaciones no contempladas; o cuando se acierta en su escogencia pero se le da un alcance que no tienen, presentándose una interpretación errónea. (...) Corresponde, por ende, a una causal de pleno derecho, encaminada a develar una lesión producida durante el proceso intelectual que realiza el fallador, por acción u omisión, en la labor de escogencia y exégesis de la regulación que considera aplicable, con un resultado ajeno al querer del legislador.

6.- Ya si se aduce la transgresión de la ley sustancial en forma indirecta, por la ocurrencia de errores de hecho al apreciar indebidamente la demanda, su contestación o determinada prueba, los desaciertos deben ser de tal

magnitud que incidan adversamente en la forma como se desató el conflicto, produciéndose un resultado contrario a la realidad procesal, lo que deja por fuera los replanteamientos del debate o las fórmulas alternas de solución del mismo, que no alcanzan a derrumbar lo resuelto por el fallador y que se estima enteramente atinado.

Cuando el ataque se configura en la comisión de un error de facto manifiesto en la apreciación de las pruebas, se requiere de una labor argumentativa encaminada a develar la relevancia de la equivocación, por existir una marcada disparidad entre las conclusiones del fallo, con lo que arrojan los elementos recaudados para acreditar lo planteado por las partes en litigio.

La Sala sobre esta variable tiene dicho que

(...) al denunciarse en el punto la comisión de errores de hecho probatorios, pertinente resulta memorar que no cualquier yerro de esa estirpe es suficiente para infirmar un fallo en sede de casación, sino que se requiere que sea manifiesto, porque si se edifica a partir de un complicado proceso dialéctico, así sea acertado, frente a unas conclusiones también razonables del sentenciador, dejaría de ser evidente, pues simplemente se trataría de una disputa de criterios, en cuyo caso prevalecería la del juzgador, puesto que la decisión ingresa al recurso extraordinario escoltada de la presunción de acierto (SC del 9 de agosto de 2010, rad. 2004-00524).

Y si la disconformidad radica en la interpretación que

se le dio en el fallo a un contrato, es de tener en cuenta que

(...) la valoración que haga el sentenciador es una cuestión fáctica que el legislador confía a su discreta autonomía, de donde se desprende que el juicio que al respecto edifique es susceptible de echarse a pique...en la medida en que brille al ojo que el alcance que le otorgó...es absolutamente diferente del que ciertamente surge de su propio contenido (SC 162 de 11 de julio de 2005, reiterada en la SC 21 de febrero de 2012, rad. 7725 y 2004-00649).

7.- Aunque dos de los cargos se encaminan por la senda recta y el otro por la indirecta, todos confluyen y se hacen consistir en una indebida valoración precisamente de los formularios N° 1641176, 1641175, 1641738 y 1641737, de la póliza matriz 4163849, y sus alcances, por lo que se despacharán en conjunto al tratarse en últimas de una sola acusación por errores de hecho al sopesar las pruebas, como lo permite el artículo 51 numeral 3 del Decreto 2651 de 1991, adoptado como legislación permanente por el 162 de la Ley 446 de 1998.

8.- De conformidad con el artículo 1036 del Código de Comercio, subrogado por el 1° de la Ley 389 de 1997, el contrato de seguro es «*consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva*», de ahí que para su perfeccionamiento solo se requiere del acuerdo de voluntades entre las partes.

Eso no impide que de los términos convenidos quede constancia e incluso el artículo 1046 del estatuto mercantil,

modificado por el 3° de la citada Ley 389 de 1997, manda que *«con fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su celebración el documento contentivo del contrato de seguro, el cual se denomina póliza, el que deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador»*.

Incluso si se trata de *«pólizas globales»* a las que se refiere el artículo 1064 del Código de Comercio, cuando el seguro versa sobre un conjunto de personas debidamente identificadas, es menester la expedición de un certificado individual complementario o que contenga las condiciones generales y particulares que delimiten el riesgo amparado.

El documento donde obran las estipulaciones pactadas puede o no tener la firma del tomador, sin que la falta de la misma conlleve a la invalidez del acuerdo o un disentimiento de éste con su contenido, ya que por lo general corresponden a formularios preimpresos con un propósito netamente demostrativo de los puntos que fueron conocidos desde un comienzo por los involucrados.

Pero los alcances de la *«póliza»* no se limitan únicamente a esas manifestaciones, puesto que, de conformidad con el artículo 1048 *ibidem*, *«la solicitud de seguro firmada por el tomador»* y *«los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza»*, esto es, las situaciones expresas anteriores o posteriores que la complementan, entran a formar parte de

ella.

Tienen tanta relevancia todos esos escritos que, junto con la confesión, son los únicos medios de convicción admisibles para verificar la existencia del «contrato de seguro».

Al respecto la Corte en SC 16 nov. 2005, rad. 09539-01, señaló que

[s]egún el artículo 3° de la Ley 389 de 1997 el contrato de seguro es hoy en día de carácter consensual; así, modificando el artículo 1036 del C. de Co. dispuso que "el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva". Esta reforma fue trascendental porque vino a solucionar numerosos conflictos que se suscitaron cuando se requería la solemnidad de la póliza para su perfeccionamiento (...) Esa misma ley modificó el artículo 1046 del C. de Co. y a partir del carácter consensual de dicho vínculo estableció, sin embargo, un régimen probatorio especial para demostrar su existencia, consistente en que "el contrato de seguro se probará por escrito o por confesión"; se consagró así una de las excepciones al principio general del derecho probatorio por el cual las partes pueden acudir a cualquier medio de convicción lícito para comprobar los hechos cuya verificación les interesa para defender sus derechos, tal como se desprende de lo dispuesto en el artículo 175 del C. de P. Civil.

Para concluir que

(...) la nueva ley en su empeño de eliminar la exigencia de la póliza como requisito formal ad solemnitatem necesario para la constitución del contrato de seguro, no quiso tampoco generar,

como consecuencia del carácter consensual del mismo, márgenes de inseguridad, ni menos servir de simiente a interminables litigios, y optó entonces por exigir un formalismo ad probationem, como es la presencia de un escrito que aunque no repercute en el perfeccionamiento del mismo, sí incide en la manera como debe demostrarse, al cual agregó también la posibilidad de la prueba de confesión, ampliando en esa medida el régimen legal anterior (...) El escrito bien puede ser denominado póliza, cuyo original incluso está obligado el aseguradora a entregar al tomador, “con fines exclusivamente probatorios”, como lo señala el mismo artículo 1046, u otro cualquiera con tal de que sea lo suficientemente idóneo para deducir el acuerdo de voluntades y los elementos esenciales del mismo, sin los cuales “el contrato de seguro no producirá efecto alguno”, como lo previene el artículo 1045 del C. de Co., y que permita constatar, como apenas es natural, quiénes son los sujetos contratantes, el objeto, la cobertura, la vigencia y la prima pactada, entre los más connotados (...) Es decir, ante la falta de póliza, que es el documento que corresponde expedir con fines meramente probatorios, basta un escrito que sea bastante para deducir la existencia del contrato de seguros en los términos indicados; o en ausencia del escrito que se dé la confesión que sirva de apoyo para establecerlo en sus componentes esenciales.

Posición reiterada en SC6709-2015, donde se precisó que

(...) con la expedición de la ley 389 de 1997 se abandonó la calidad de solemne que caracterizaba al contrato de seguro y se amplió la posibilidad de acreditar su existencia y contenido, contemplando medios distintos de la póliza, que constituye la prueba por excelencia del mismo, esto es cualquier otro u otros documentos escritos que den cuenta de los elementos esenciales que lo conforman, tales como el interés y el riesgo asegurable, la

prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador; así mismo el citado pacto puede demostrarse mediante confesión en la que se determinen entre otros, los mencionados componentes o se consienta en la existencia de los mismos (...) Adicionalmente cabe agregar que esa convención se halla conformada tanto por unas regulaciones generales, como por otras particulares, respecto de las cuales, esta Sala de Casación en sentencia CSJ SC, 2 may. 2000, Rad. 6291 explicó: Las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen (...) De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes (...) El art. 1048 del Código de Comercio señala que la solicitud de seguro firmada por el tomador y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza hacen parte de ésta. Los anexos, como su mismo nombre lo indica son documentos llamados a integrarse a la póliza como documento maestro y forman un todo con ella. Son documentos adicionales y accesorios contentivos y exteriorizantes de una o

varias declaraciones de voluntad, tendientes a modificar el contenido del contrato de seguro y por ende la relación jurídica establecida anteriormente, bien adicionándolo, modificándolo, suspendiéndolo, renovándolo o revocándolo.

9.- El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «*todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural*».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 *ibidem*, según el cual

[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero

estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiera en general por el «*estado del riesgo*» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «*buena fe*» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.

Al respecto la Sala en SC 1° jun. 2007, rad. 2004-00179-01, precisó como

[d]el referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (...) 4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas (...) 4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el

seguro.

Sin embargo, el artículo 1058 en cita atenúa ese agravio, porque cuando el silencio o distorsión de la situación son producto de un «*error inculpable del tomador*» sólo se disminuye el monto a indemnizar, pero eso sí, con la salvedad de que en el «*seguro de vida*» una vez transcurridos «*dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato*» deja de aplicarse la reducción por expresa disposición del artículo 1160 *ejusdem*.

Adicionalmente, contempla dos casos en que la «*inexactitud*» no es constitutiva de «*nulidad relativa*» o da lugar a un pago proporcional. En primer lugar, cuando el asegurador tuvo un enteramiento previo de la realidad o debía saberla. La otra particularidad es si, con posterioridad al ajuste, éste permite la subsanación de los «*vicios de la declaración*» o los admite, ya expresamente o de hecho.

Empero, esas salvedades tienen relación con el «*conocimiento presuntivo del estado del riesgo*» y son inmanentes al deber del asegurador de verificar los datos suministrados por el tomador, cuando tenga serias dudas de su certeza en vista de que se contradicen con aspectos entendidos por él.

De todas maneras, en lo que se refiere al «*seguro de vida*», el artículo 1158 *id* previene que «*[a]unque el*

asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «*estado del riesgo*» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «*renuncia*» a la «*nulidad relativa por reticencia*».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «*declarar sinceramente los hechos o circunstancias*» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «*error inculpable*» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

La Corporación en SC 26 abr. 2007, rad. 1997-04528-01, recordó como

[l]o del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto “debido conocer” de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la

información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia –en últimas su profesionalismo-, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de “los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”, por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (subrayado del texto).

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.

10.- Tiene relevancia en la determinación que se toma, lo siguiente:

a.-) Que Aseguradora de Vida Colseguros S.A. expidió póliza de seguro de vida grupo N° 4163849, en la que el tomador es Clientes CP – Asegurado del Bansuperior (folios 1 al 4, cno. 2).

b.-) Que se aseguró por cuenta del mismo a Fernando Enrique Calderón Ortiz, señalando como beneficiaria a su esposa Olga Cecilia Pardo Jaramillo, según consta en

cuatro (4) certificados individuales, con un amparo por muerte de cincuenta y dos millones cuatrocientos veinticinco mil pesos (\$52'425.000) cada uno y vigencia de un año, discriminados así (folios 16 al 19, cno. 1):

- (i) 16411175 de 27 de junio de 2006.
- (ii) 16411176 de 27 de junio de 2006.
- (iii) 16411737 de 30 de septiembre de 2006.
- (iv) 16411738 de 30 de septiembre de 2006.

c.-) Que todos esos documentos corresponden a formatos estandarizados idénticos, suscritos sólo por «*firma autorizada Aseguradora Vida Colseguros S.A.*».

d.-) Que Fernando Enrique Calderón Ortiz acudió a consulta en la IPS Salud Sura Industriales por un «*dolor abdominal de predominio en el hemiabdomen superior*», que persistió en los días subsiguientes (10 al 12 sep. 2006), folios 122 y 123, cuaderno 2.

e.-) Que el paciente fue hospitalizado en la Clínica Las Américas (12 sep. 2006), lugar donde falleció (14 sep.), presentando una «*falla multisistémica*», «*severa hipertensión intraabdominal*» e «*isquemia severa intestinal*» (fl. 210, cno 1).

f.-) Que la cónyuge supérstite reclamó el pago de los

seguros, anexando la «*historia clínica*» y «*fotocopias de las respectivas pólizas*» (11 oct. 2006), folio 68 cno. 2.

g.-) Que Colseguros objetó «*formalmente la solicitud*» porque Calderón Ortiz «*no informó que presentaba patologías existentes al ingreso a la póliza, circunstancia relevante para la Compañía, al momento de evaluar y seleccionar el riesgo que va a asumir*» (10 nov. 2006) folios 33 al 36, cno. 2.

h.-) Que Pardo Jaramillo pidió reconsiderar esa negativa argumentando, entre otras razones, que «*[e]l solicitante no afirmó estar en perfectas condiciones de salud como lo dicen las cartas de objeción, sino que afirmó estar en buenas condiciones de salud, no tener limitaciones físicas en su actividad y no estar sufriendo enfermedad alguna o tenerla diagnosticada a la firma del certificado*» (28 feb. 2007), folios 14 al 19, cno. 2.

i.-) Que la aseguradora se mantuvo en su posición (2 may. 2007), folios 88 y 89, cno. 2.

j.-) Que la accionante acudió al Juzgado Tercero Civil del Circuito de Medellín para pedir el pago del siniestro, en este trámite, donde se observa:

(i) Olga Cecilia presentó demanda aportando como prueba de los contratos de seguro los certificados 1641175, 1641176, 1641737 y 1641738 (28 ene. 2008), folios 16 al 19 y 59, cno. 1.

(ii) La admitió el *a quo* (3 mar. 2008), folio 50, cno. 1.

(iii) Reformó el libelo la promotora, para agregar como hecho nuevo que se «*alegó la existencia de un vicio de nulidad relativa de los contratos de seguros de vida (...) sin que hasta la fecha se le haya notificado a la demandante (...) ninguna acción judicial de la aseguradora tendiente a obtener la supuesta nulidad relativa*», por lo que «*está corriendo contra la aseguradora la prescripción ordinaria de dos años contados desde que conoció el supuesto vicio de nulidad relativa*» (9 sep. 2008), folios 52 al 59, cno. 1.

(iv) Se aceptó el cambio (12 nov. 2008), folio 60, cno. 1.

(v) La contradictora se notificó (9 dic. 2008), luego de lo cual allegó contestación formulando la excepción de «*nulidad relativa de los contratos de seguro*» (28 ene. 2009), folio 71, cno. 1.

(vi) En sentencia de primera instancia se declaró probada la defensa de la opositora, desestimándose las pretensiones (15 nov. 2012), folios 316 al 332, cno. 1.

k.-) Que en el curso de la alzada se decretó como prueba de oficio obtener del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de esa misma ciudad, copia de varias actuaciones obrantes en «*ordinario promovido por Aseguradora de Vida Colseguros S.A. en contra de la señora Olga Cecilia Pardo*

Jaramillo y el Banco Davivienda S.A., tramitado bajo radicado: 05001-31-03-004-2008-00034-00» (14 ago. 2013), folio 25, con 6.

1.-) Que en cumplimiento de lo anterior se hicieron llegar reproducciones de:

(i) Escrito en el que la aseguradora pidió que se declarara la «*nulidad relativa del contrato de seguro de vida grupo, póliza matriz número 4163849, certificados individuales de seguros números 1641737, 1641738, 1641175 y 1641176*» y expresó que «*en cumplimiento de lo exigido en la ley 640 de 2001, el día 22 de septiembre de 2008 se llevó a cabo audiencia de conciliación prejudicial en la cual no se llegó a ningún arreglo y por tanto se extendió la constancia respectiva*» (18 nov. 2008), folios 1 al 11, cno. 7.

(ii) Respuesta de Olga Cecilia Pardo Jaramillo, alegando la «*inexistencia de los presupuestos fácticos de la acción*» y «*prescripción de la acción que se deriva del contrato de seguro*» (30 mar. 2009), folios 14 al 26, cno. 7.

m.-) Que el *ad quem* confirmó la decisión adversa a la gestora (27 feb. 2014), folios 50 al 73, cno. 6.

11.- Fracasan los cargos que se acumulan por estos motivos:

a.-) Ninguna discusión existe sobre la celebración de los contratos de seguro cuya satisfacción se reclama y el

diagnóstico a Fernando Enrique Calderón Ortiz de la «hipertensión arterial documentada desde el año 2001, respecto de la cual el paciente recibió asistencia médica, tratamiento y medicación», así como que dicha situación se evidenció en los días previos al fallecimiento y se hizo severa al final (fls. 20, cno. 6, y 204 al 210, cno. 1).

Y si bien los certificados individuales 1641737 y 1641738 de la póliza matriz 4163849, aportados por la promotora, tienen como fecha de expedición el 30 de septiembre de 2006, cuando el fallecimiento del asegurado se produjo el 14 de ese mes y año, esto es, antes, la opositora aceptó que la relación a que se contraen los mismos se llevó a cabo en 2005.

Tampoco se cuestiona la forma como el Tribunal tuvo en cuenta, para efectos de la prescripción, «*la suspensión e interrupción del fenómeno descrito, mediante la solicitud de conciliación extrajudicial y la formulación de la demanda desde el 26 de septiembre de 2008 ante el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de la ciudad*», limitándose el descontento a cuándo comenzó a correr dicha figura.

Igualmente, se guardó silencio en relación con la póliza de seguro de vida grupo N° 3855410 y su certificado individual N° 1962299, lo que implica una aceptación de la censora a los resultados adversos por reticencia en la declaración allí contenida.

Lo pacífico de esos puntos los hace inamovibles en

casación, en lo que no tenga relación directa con el objeto del disentimiento.

b.-) A pesar de que en los dos primeros ataques se anuncia la violación directa de los artículos 1058 y 1081 inciso segundo del Código de Comercio y 1742 y 1743 del Código Civil, así como la falta de aplicación de otras normas del estatuto mercantil, en realidad no se discute que se pasaran por alto las que regularan el caso, ni mucho menos una indebida selección o lectura inadecuada respecto de las que se tuvieron en cuenta.

Todas las acusaciones en realidad se concentran en que se *«impuso la sanción por inexactitud o reticencia, desconociendo que el asegurador al haber recibido las declaraciones de asegurabilidad sin firma, no solo no requirió al tomador para este efecto, sino que, además cobró las primas y no adelantó ninguna acción para la declaratoria de nulidad»*, aceptando el riesgo *«sin limitación alguna, en consecuencia no podría predicar la nulidad por reticencia, ni mucho menos por inexactitud»*.

Además, de que aunado a eso *«la inactividad de la aseguradora durante más de dos años, no constituye una conducta enmarcada en lo dispuesto en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, sin censurar que sólo cuando se presenta el deceso del tomador “se percata” de la situación para negar el pago del seguro»*, por lo que *«de haber efectuado una intelección adecuada a los **supuestos de hecho**, habría arribado a la conclusión de que se*

consumó la prescripción de la nulidad relativa del contrato de seguro» (resalta la Sala).

Tales reparos, reiterativos en los tres embates, se refieren en sí a una equivocación en la valoración probatoria que se le dio a los cuatro (4) certificados individuales de la póliza de vida grupo N° 4163849, pues, como no fueron firmados por el tomador la impugnante insiste en que *«la aseguradora aceptó los seguros, conociendo a ciencia y paciencia que no había declaraciones de asegurabilidad, lo que no es otra cosa que aceptó o tomó el riesgo, en el estado en que se encontraba, esto es, sin declaración de asegurabilidad»* y, por ende, desde el instante en que se convinieron comenzaba a computar la *«prescripción de sus acciones»*.

c.-) De todas maneras el *yerro fáctico* endilgado está lejos de configurarse, puesto que el fallador, percatándose de *«la ausencia de firma en la declaración de asegurabilidad»*, estimó que eso *«no significa que la aseguradora haya tomado el riesgo en el estado en que se encontraba, sin declaración de asegurabilidad»*, en vista de que el deber de actuar con buena fe obligaba a Fernando Enrique Calderón 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»*.

Independientemente de las razones por las cuales se omitió la firma del causante en los certificados individuales N° 1641175, 1641176, 1641737 y 1641738, lo cierto es que de ellos dedujo el sentenciador un alcance «*informativo*» que no riñe con su esencia y están acordes con la naturaleza consensual del contrato de seguro.

No puede pasarse por alto que la póliza, así como todos sus escritos complementarios, al tenor del artículo 1046 del Código de Comercio, son medios demostrativos de los términos que convinieron las partes, sin que por ello se constituyan en un requisito *ad substantiam actus* de validez del mismo. Tan es así, que la obligación de que el asegurador le haga llegar al tomador, en original, «*el documento contentivo del contrato*» la impone dicha norma «*con fines exclusivamente probatorios*» y fijando como exigencias que «*deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador*».

Quiere decir que el escrito, cuya expedición ni siquiera debe ser inmediata ya que para su entrega se cuenta con los «*quince días siguientes a la fecha de su celebración*», acredita cuáles fueron las estipulaciones acordadas de consuno entre los pactantes, papel que cumplen los certificados individuales si se trata de un «*seguro colectivo*».

Es así como la Sala en SC 25 may. 2012, rad. 2006-00038-01, describió el «*seguro de vida grupo*» como

(...) una modalidad del “seguro de personas” (artículo 1137 y

siguientes del Código de Comercio), que permite a un “tomador” (...) asegurar un número indeterminado de personas (...) acuerdo que origina tantos convenios como amparados integren el grupo correspondiente, formalizándose la aceptación de cada uno de sus miembros, mediante la expedición del llamado “certificado individual de seguro” expedido por el “asegurador” y, por lo general previo el diligenciamiento por el cliente de la “declaración de asegurabilidad”, que se extiende en un formato preparado por la empresa “aseguradora”.

Y a pesar de que el artículo 1048 *ibidem* dice que hace parte de la póliza la «solicitud de seguro firmada por el tomador», en caso de ser previa, nada obsta para que se dejen en un instrumento único con el clausulado las advertencias de éste sobre el «estado del riesgo». Solo que si están por separado se consolidan para verificar en conjunto el real alcance del acuerdo volitivo.

Ahora bien, cuando coinciden en un mismo formulario las condiciones ajustadas y una exposición general del «estado del riesgo» que no está suscrita por el tomador o por el asegurado en el caso de los seguros de grupo donde se obra por cuenta de un tercero, distando de ser una declaración expresa de éste último, de ninguna manera significa que se desconozca su contenido, ni mucho menos que exista un desacuerdo con él, como lo entendió el fallador.

En los certificados individuales aportados aparece

Manifiesto que deseo ser incluido(a) en el plan de seguro "Vida

Superior", que conozco y acepto las condiciones de la Póliza a la que acceder este certificado, declaro que mi actividad se desarrolla dentro del marco de la ley y que a la fecha me encuentro en buen estado de salud y que por lo tanto mi actividad física no se encuentra de alguna manera reducida ni padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad o patología preexistente a la fecha de firma de este certificado. Igualmente en caso de asegurar a mi cónyuge, hijos, hermanos y/o progenitores, declaro que su edad y su estado de salud se encuentran contemplados en el párrafo anterior (sic).

Esa exposición no podía provenir de nadie distinto al asegurado en este caso, puesto que relevaba al tomador en ese deber tratándose de un seguro por cuenta de un tercero y de aspectos de que sólo él tenía conocimiento. Pero el hecho de que no la avalara con su rúbrica, de ninguna manera lo eximía de aclarar cualquier aspecto que riñera con esa situación y daba por cierta la aseguradora.

Esto en virtud de la *uberrimae bona fides* que exige el artículo 1058 *id* y bajo el entendido de que las situaciones trascendentes en la etapa de formación del contrato pasadas por alto pueden ser objeto de «*aclaración o actualización*» con el fin de satisfacer plenamente ese principio.

La Corte en SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, al diferenciar dos fases en lo que toca al estado del riesgo, señaló que la primera corresponde a la

(...) formación del contrato, durante la cual el tomador tiene "la obligación" -preferiblemente carga, según concepto precisado en

sentencia de 30 de septiembre de 2004, exp. 7142- de declarar sinceramente la situación en que se encuentra el riesgo que se pretende amparar (art. 1058 C. de Co.), pues sólo una declaración franca, límpida y completa, le permite al asegurador expresar su asentimiento y, lo que también es medular, cuantificar la prima o precio del seguro; por eso su infracción, en línea de principio, provoca la nulidad relativa del contrato, en un todo de acuerdo con lo explicitado por la propia ley y la reiterada jurisprudencia de esta Sala (...) En torno a esta última, ha puntualizado la Corte que la carga de información que tiene el tomador -in potentia- en relación con el estado del riesgo, no se agota en un solo momento, pues “esta carga informativa es considerada como una prototípica ‘carga de duración’”, motivo por el cual, “los hechos o circunstancias -relevantes-sobrevinientes a la declaración del estado del riesgo,..., deben ser comunicados sin demora o dilación.” Ese “deber de información a su cargo -agregó la Sala-... en rigor comprende, a su turno, el deber de aclaración -o actualización- de la misma, pues de muy poco sirve informar durante la floración del período precontractual, preludio del contrato, unos hechos que en breve cambian o se alteran radicalmente, sin que éste se haya aún agotado, lo que se traduce en que su divulgación se tornaría oportuna y conducente, lo que corrobora la pertinencia del prenotado deber jurídico -o carga-.” (cas. civ. de 2 de agosto de 2001; exp.: 6146).

Desde esa perspectiva, el silencio de Fernando Enrique Calderón desde un comienzo o luego de que recibió los formularios no podía revertirse en una aceptación del riesgo por la aseguradora «sin limitación alguna», ni mucho menos ser visto como una razón de peso para que Colseguros supusiera la «existencia de vicios en la declaración» o su aceptación posterior, de tal manera que no se configurara la

nulidad relativa en los supuestos del inciso final del referido artículo 1058.

En sentido contrario, a sabiendas de que la aseguradora daba por sentado que su salud era óptima y no le habían detectado algún padecimiento, calló sobre una dolencia de alto riesgo, como lo es la hipertensión, descubierta y medicada desde cinco (5) años atrás, a pesar de que en la historia clínica siempre se advirtió sobre su presencia, patentizándose la importancia, lo que constituía claramente reticencia.

Incluso la actitud de la demandante desde que formuló la reclamación, insistió en ella y comenzó el litigio, no deja duda de que el asegurado sabía sobre la trascendencia de su sanidad y la inexistencia de preexistencias para el seguro en la forma pactada, siendo que en todo momento adujo como prueba de la relación los certificados individuales N° 1641175, 1641176, 1641737 y 1641738, sin reparo alguno, añadiendo que la exposición de estar bien y saludable se refería a ese instante.

No puede pasarse por alto que, como lo enseña la literatura médica, la hipertensión es una enfermedad crónica que se caracteriza por unas cifras elevadas de la presión arterial, lo que quiere decir que su presencia es constante y amerita atención permanente, por lo que el hecho de que el afectado estuviera controlado al momento en que convino los seguros no quería decir que no fuera latente el riesgo.

d.-) En cuanto a la incidencia de que el asegurado no firmara los certificados individuales para el cómputo de la prescripción de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio, propone la opugnadora que se tenga en cuenta el plazo de dos años que corresponde a la ordinaria, contados desde el momento en que se perfeccionó el acuerdo, porque desde ese instante supo o debió conocer de la reticencia.

Sobra acotar que en el asunto bajo escrutinio estaba por descontada la «*prescripción extraordinaria*» puesto que, independientemente del pleito que propuso la contradictora para obtener la declaratoria de nulidad relativa, en este asunto adujo eso mismo como defensa el 28 de enero de 2009, mucho antes de que se cumplieran cinco (5) años desde la celebración del contrato de seguro más antiguo, ya sea tomando los formularios 1641175 y 1641176, fechados 27 de junio de 2006, o incluso acogiendo que los otros dos de número 1641737 y 1641738 corresponden al 30 de septiembre de 2005, aunque en ellos aparezca 2006.

Al pronunciarse el Tribunal sobre ese tópico dijo no compartir

(...) el referente temporal señalado por el extremo recurrente para iniciar el cómputo del término de la prescripción a partir del día en que la aseguradora recibió las declaraciones de asegurabilidad sin firma del candidato a tomador, esto es, desde el 27 de junio y el 30 de septiembre de 2005, pues, como lo señaló el a-quo, ese tipo de inferencias no pueden realizarse a partir del artículo 1081 del C. de. Co. que establece el régimen

*exceptivo en materia de seguros (...) De conformidad con la norma en cita, puede colegirse que la prescripción ordinaria comienza a computarse únicamente desde el momento en que se conoció o debió tenerse conocimiento del hecho que da base a la "acción", al paso que la extraordinaria corre frente a toda clase personas, capaces como incapaces, siendo su término de cinco años y teniendo como punto de partida para su cómputo, "el hecho que da base a la acción", esto es, "según el evento, desde el día del siniestro, **o desde cuando se perfeccionó el contrato viciado por una reticencia o inexactitud, háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia** (Cfr. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 3 de mayo de 2000) -resaltado del texto-.*

En esos párrafos, a pesar de que el fallador se refirió a ambos eventos, fue con el fin de resaltar que para el caso el plazo extintivo tenía como punto de partida el fallecimiento del asegurado y no cuándo se tomó el seguro, porque el recibo de los documentos sin rúbrica no constituía el hecho que daba base a la acción.

La jurisprudencia referida por el *ad quem* (SC 3 may. 2000, rad. 5360), analizó a fondo lo relacionado con la prescripción bifronte que establece el artículo 1081 del Código de Comercio, nacida con la expedición de dicha compilación mediante el Decreto 410 de 1971, pero acudiendo a la propuesta legislativa que lo estudió en 1958, concluyendo que

(...) la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía,

la floración -eficaz- de la reticencia o de la inexactitud en la declaración del estado de riesgo, etc.), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.

Se agregó allí mismo que el precepto era aplicable tanto para las acciones indemnizatorias en favor del beneficiario como a todas aquellas «*que se derivan del contrato de seguro*», siendo necesario

*(...) establecer en cada caso concreto la naturaleza de la prestación reclamada, pues ésta ha de determinar a su turno cuál “**es el hecho que da base a la acción**” (tratándose de la prescripción ordinaria) y en qué momento “**nace el respectivo derecho**” (cuando se invoque la prescripción extraordinaria); desde luego que esas acciones no siempre tienen su origen en un solo hecho o acontecimiento, pues éste varía conforme al interés de su respectivo titular (tomador, asegurado, beneficiario, o asegurador), y tampoco tienen siempre su fuente en el contrato mismo de seguro, sino algunas veces en la ley, como acontece con las acciones y las excepciones de nulidad relativa, la devolución de la prima etc. (...) Así, el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (prescripción ordinaria), será distinto en cada caso concreto, según sea el tipo de acción a intentar, y quién su titular, y otro tanto es pertinente predicar del “momento en que **nace el respectivo derecho**”, cuando se trate de la prescripción extraordinaria, pues en ésta ese momento tampoco es uno mismo para todos los casos, sino que está dado por el interés que mueve a su respectivo titular (resaltado del texto).*

Concretándose al cómputo de la prescripción que corre frente al asegurador, ya sea para demandar o excepcionar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia o inexactitud, precisó la Sala que la ordinaria «operará a partir del momento en que el asegurador conoció o debió conocer el hecho generador de la rescisión del contrato, es decir la inexactitud o reticencia comentadas», mientras que la extraordinaria es «desde la fecha de materialización de la inexactitud o reticencia que, en sede contractual, será estrictamente aquella en la cual se perfeccione el contrato viciado por la mediación de tales irregularidades».

Esas mismas precisiones fueron reiteradas en SC 19 feb. 2002, rad. 6011, resumiéndolas en que

(...) no es elemento que sirva para distinguir esas dos especies de prescripción, que una y otra se apliquen sólo a ciertas acciones derivadas del contrato de seguro o de las normas que lo regulan, esto es, que la prescripción ordinaria cobre vigencia únicamente en relación con determinadas acciones y que la extraordinaria, a su paso, tenga cabida frente a otras. Como con claridad suficiente lo consagra el inciso 1º del precepto que se analiza, "La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen...", de todas ellas por igual, reitera la Corte "podrá ser ordinaria y extraordinaria". Cabe afirmar, entonces, que todas las acciones de que se trata son susceptibles de extinguirse ya sea por prescripción ordinaria, ora por prescripción extraordinaria, y que, por tanto, la aplicación de una y otra de esas formas de prescripción extintiva depende de la persona que ejerza la respectiva acción o intente la efectividad de algún derecho y de la posición que ella tenga en

relación, precisamente, con el hecho que motive la acción o con el derecho que persigue.

Lo escueto del pronunciamiento del juzgador no constituye una lectura alejada del precedente ni una interpretación contraria a la ley, pues, acorde con ellos expuso que el perfeccionamiento del contrato marcaba el hito para verificar cuándo se consolidaba la prescripción extraordinaria, sin que necesariamente fuera el que se debía tener en cuenta en la contienda donde solo tenía cabida la ordinaria. Fue así como, sopesando que la reticencia o inexactitud eran alegadas por la contradictora, no podía decirse que supo o debió conocer que el silencio del asegurado conllevaba a ellas desde el instante en que se expidieron los certificados individuales.

Dicha apreciación no dista mucho del convencimiento que expuso la accionante al reformar el libelo el 9 de septiembre de 2008 y aducir como nuevo hecho relevante que no se le había notificado la existencia de algún pleito reclamando sobre su validez, precisando que *«está corriendo contra la aseguradora la prescripción ordinaria de dos años contados desde que conoció el supuesto vicio de nulidad»*, para formular anticipadamente *«la prescripción de la acción y de la excepción de nulidad relativa que eventualmente pueda proponer la aseguradora demandada»*. De allí se concluye que para entonces no estimaba configurada la prescripción, sino que estaba corriendo, a pesar de que ya habían transcurrido más de dos años desde el 30 de septiembre de 2005 y el 30 de junio de 2006.

De ahí que la posición posterior, en el sentido de que el mutismo de Fernando Enrique Calderón debió ser tomado por la aseguradora como motivo de sospecha, quedando constreñida desde ahí a ejercer *«las acciones judiciales tendientes a la nulidad relativa del contrato de seguro»* y que *«su inactividad durante este tiempo, convalidó el vicio de nulidad»*, no pasa de ser un cambio repentino en el curso del debate sin respaldo en las probanzas que dice indebidamente sopesadas, olvidando que ningún reparo tuvo sobre su contenido y efectos cuando las aportó para demostrar la existencia y validez de los contratos.

Así que no se encuentra sentido a que, si tanto la gestora como la opositora admitieron como términos del acuerdo los que aparecían en los documentos allegados para constatarlos, se trate de utilizarlos como medios de convicción únicos y determinantes de la *«floración -eficaz- de la reticencia o de la inexactitud en la declaración del estado de riesgo»* a que se refiere la SC 3 may. 2000, rad. 5360.

Si bien nada impide que desde el perfeccionamiento del contrato de seguro se dé el supuesto de hecho génesis de la configuración de la prescripción extintiva, tal situación no se entiende configurada por la falta de firma de Calderón Ortiz en los certificados que su cónyuge acogió a plenitud, máxime cuando no se enuncian por la recurrente otras pruebas que confirmarían la sospecha o duda de Colseguros en el comportamiento omiso de Fernando Enrique.

En un asunto de similares connotaciones, según SC 25 may. 2012, rad. 2006-00038-01, recalcó la Corporación que

[e]l tema relativo a la celebración del “contrato de seguro” se tornó pacífico en el adelantamiento del proceso, ya que los propios actores ofrecieron y allegaron con la demanda como medios de convicción la “declaración de asegurabilidad”, las condiciones generales de la “póliza de seguro de vida de grupo” y el certificado de inclusión de (...), en calidad de “asegurado”, sin que la accionada hubiere hecho reparo alguno a los mismos.

e.-) La SC 19 may. 1999, rad. 4923, que cita la censora, a pesar de que en uno de sus apartes equivocadamente la anuncia como si se tratara de la SC 2 ago. 2001, rad. 6146, corresponde a un litigio derivado de una póliza de seguros de crédito, en el que a pesar de tratarse en términos generales al contrato de seguro, por obvias razones, no se tocó el artículo 1158 del Código de Comercio relacionado con la prescindencia del examen médico que permite la ley mercantil, sin eximir al asegurado de las obligaciones de que trata el 1058 *ibidem*.

De ahí que las precisiones sobre el entendimiento de «manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo» al contratar sin «ninguna información sobre el estado del riesgo», no es un principio rector absoluto, más cuando en dicho pronunciamiento se añade que

[e]l conocimiento presuntivo del riesgo al tenor del inciso último del artículo 1058 del Código de Comercio, no puede entenderse total, porque como ya se dijo, la inspección directa del riesgo no

supone el conocimiento cabal del mismo. Supone sí, el conocimiento de todas aquellas circunstancias que un asegurador diligente habría percibido con las inspecciones, o reconocimientos hechos en el caso concreto.

Así que, siendo optativa la realización de análisis y exámenes para verificar el estado de salud del asegurado, quien a su vez está compelido en virtud de la ley a «*declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo*», no puede decirse que lo que calla lo asume irrestrictamente el asegurador.

Es más, como se señaló en CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01,

(...) téngase en cuenta que si bien al seguro sobre la vida le son aplicables la mayoría de las disposiciones contempladas en el Capítulo I, del Título V, del Libro IV del estatuto mercantil, que recogen los “principios comunes a los seguros terrestres”, entre ellas, por vía de ejemplo, las relativas al perfeccionamiento y partes en el contrato de seguro (arts. 1036 y 1037 C. de Co.); sus elementos esenciales (art. 1045, ib.); los requisitos para hacer efectiva la obligación del asegurador en caso de siniestro (arts. 1077 y 1080, ib.), para sólo resaltar algunas de ellas, no lo es menos que goza de una arquitectura y tratamiento particulares en aspectos nucleares de la relación aseguraticia. Así, el interés asegurable, per se, no se encuentra vinculado a una relación económica, o por lo menos no necesariamente (art. 1137, ib.); en él no tiene aplicación el principio indemnizatorio (art. 1138, ib.); tampoco los conceptos de coexistencia de seguros, infraseguro y supraseguro; menos aún procede la subrogación del asegurador (art. 1139, ib.); es, de suyo, irrevocable por el asegurador (art. 1159, ib.), etc. (...) Tratándose del estado del riesgo, no ofrece

duda que el tomador de un seguro de vida tiene la carga de declararlo sinceramente (fase precontractual), según lo establece el artículo 1058 del Código de Comercio, y lo recalca, para que de ello no quede vacilación alguna, el artículo 1158 de la misma codificación, al precisar que, “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar”.

12.- Consecuentemente, al quedar sin sustento las acusaciones que se conjuntaron para su estudio, no prosperan.

13.- Teniendo en cuenta que la decisión es desfavorable a la impugnante, de conformidad con el último inciso del artículo 375 del Código de Procedimiento Civil, en armonía con el 19 de la Ley 1395 de 2010, se le condenará en costas.

14.- Se fijarán en esta misma providencia las agencias en derecho. Para su cuantificación se tendrá en cuenta que su contraparte replicó (folios 28 al 96).

IV.- DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **NO CASA** la sentencia de 27 de febrero de 2014, proferida por la Sala Primera de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, dentro del proceso ordinario de Olga

Cecilia Pardo Jaramillo contra Aseguradora de Vida Colseguros S.A.

Costas a cargo de la recurrente y a favor de la opositora, que serán liquidadas por la Secretaría, e incluirá en estas la suma de seis millones de pesos (\$6'000.000) por concepto de agencias en derecho.

Notifíquese y devuélvase

LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA
Presidente de Sala

MARGARITA CABELLO BLANCO

ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ

ARIEL SALAZAR RAMÍREZ