

**Causas y efectos de la reticencia e inexactitud como criterio de  
amparo o exclusión de la indemnización**

**Facultad de Derecho**

**Universidad Autónoma Latinoamericana**



Causas y efectos de la reticencia e inexactitud como criterio de amparo o  
exclusión de la indemnización

Lizeth Johana Muñoz Idárraga

Ylda Ulfary Rodríguez Jiménez

Asesor del trabajo de grado

Ana María Mesa Elneser

Septiembre 2022

Facultad de Derecho

Universidad Autónoma Latinoamericana

## RESUMEN

El contrato de seguro tiene su base en el principio de buena fe, por la naturaleza del contrato se requiere de la ubérrima buena fe. Faltar a este principio ocasiona la sanción de reticencia e inexactitud.

Para responder al planteamiento de las causas y efectos de la reticencia e inexactitud como criterio de amparo o exclusión de la indemnización es menester conocer la postura de la doctrina y la jurisprudencia.

Aunque los elementos y características del contrato de seguro se encuentran regulados en la Ley, es necesario acudir a las definiciones de los autores para comprender la figura del contrato de seguros.

La jurisprudencia de las Altas Cortes (Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia y Consejo de Estado) ha desarrollado una postura orientadora en materia de seguros, resaltando el papel fundamental del principio de buena fe en su forma más amplia a fin de que no se produzcan vacíos estructurales para las partes.

Entendiendo que el negocio de seguros es una actividad masiva; el asegurador debe confiar en la información suministrada por el tomador del seguro, pues, es él quien conoce sus condiciones, y al final el resultado de la indemnización depende de lo informado en la declaratoria de asegurabilidad.

Palabras clave: contrato de seguros, reticencia, inexactitud, buena fe, declaratoria de asegurabilidad.

## ABSTRACT

The base of an insurance contract is the bona fide principle. Because of its nature, the contract demand uberrima bona fide. Failing to this principle induces reticence and inaccuracy.

In order to answer the question of the causes and effects of reticence and inaccuracy as a criterion for protection or exclusion of indemnity, it is necessary to know the position of doctrine and case law.

Although the elements and characteristics of the insurance contract are regulated by law, it is necessary to refer to the definitions of the authors to understand the concept of the insurance contract.

The jurisprudence of the High Courts (Constitutional Court, Supreme Court of Justice, and Council of State) has developed a guiding position on insurance matters, highlighting the fundamental role of the bona fide principle in its broadest form to avoid structural gaps for the parties.

Understanding the insurance business as massive activity; Insurer must rely on the information provided by the policyholder, as he is the only one who really knows his conditions. And at the end, the result of the indemnity depends on what is reported in the declaration of insurability.

Keywords: insurance contract; reticence; inaccuracy; bona fide; declaration of insurability.

## Tabla de Contenidos

Introducción .....	1
Capítulo 1 Regulación de los contratos de seguros .....	4
1.1 Regulación constitucional .....	4
1.2 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – Derecho Público .....	5
1.3 Código de Comercio – Derecho Privado .....	6
1.3.1 Contrato de seguro .....	6
1.3.2 Características del contrato de seguros .....	7
1.3.2.1 Partes del contrato de seguro .....	8
1.3.2.2 Perfeccionamiento del contrato de seguro .....	8
1.3.2.3 Declaración de asegurabilidad .....	9
1.3.3 Póliza.....	9
1.3.4 Elementos esenciales del contrato de seguro .....	9
1.3.4.1 El interés asegurable .....	10
1.3.4.2 El riesgo asegurable .....	10
1.3.4.3 La prima o precio del seguro.....	10
1.3.4.4 La obligación condicional del asegurador.....	11
1.3.5 Código de Comercio. Artículo 1058 declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia .....	11
1.3.6 Código de Comercio. Artículo 1158 prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo.....	13
1.3.7 Relación del artículo 1058 con el artículo 1158 del Código de Comercio.....	14
1.3.8 Regulación de los seguros de vida en el Código de Comercio .....	14
1.3.8.1 Clases de beneficiarios.....	14
1.3.8.2 Revocatoria del contrato de forma unilateral en los contratos de seguro de vida .....	15
1.3.8.3 Terminación por no pago de la prima .....	16

1.3.8.4	Inexactitud en la declaración de edad .....	16
Capítulo 2	Análisis jurisprudencial.....	17
2.1	Corte Constitucional .....	17
2.2	Corte Suprema de Justicia.....	27
2.3	Consejo de Estado.....	42
2.4	Triangulación posturas de las Altas Cortes (Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado): .....	46
Capítulo 3	Visión de la reticencia e inexactitud por experto .....	49
3.1	Entrevista primer experto.....	49
3.2	Entrevista segundo experto .....	56
3.3	Análisis de la postura de los expertos. ....	61
Conclusiones	.....	62
Referencias	.....	64

## Introducción

La investigación de este trabajo surge a partir del interés en comprender la aplicación que se daba a la reticencia e inexactitud en los contratos de seguros de vida desde el aspecto práctico, toda vez que, dentro de la percepción de las investigadoras, las aseguradoras podían llegar a tener una postura abusiva por ser la parte dominante del contrato de seguros.

La necesidad de investigar la reticencia e inexactitud es producto del conocimiento que se tuvo de un caso en que fallece un tomador asegurado, que tenía adquirida una póliza que amparaba la muerte del deudor, en dicha póliza el beneficiario oneroso era una entidad bancaria, con dicho contrato de seguro se pretendía cubrir una obligación financiera, sin embargo, cuando ocurre la muerte del deudor sus herederos son llamados a solventar el pago a la entidad bancaria, puesto que por parte de la aseguradora se presentó la objeción por considerar que el asegurado fallecido había incurrido en reticencia e inexactitud al adquirir el seguro de vida, por no haber declarado que padecía enfermedades que no se encontraban descritas taxativamente en la declaración del estado del riesgo.

La investigación cualitativa fundada en la revisión bibliográfica y jurisprudencial evidencia como el contrato de seguro es una figura que basa todo su desarrollo en la ubérrima buena fe, pues si bien existen aspectos que no se encuentran definidos de forma expresa en la Ley, si le son oponibles a las partes.

En la búsqueda de información que llevará al esclarecimiento de las causas y efectos de la reticencia e inexactitud, se efectuó un análisis a la legislación colombiana, específicamente a la regulación que tienen los contratos de seguros en la Constitución Nacional y el Código de Comercio, por lo que se procedieron a analizar los artículos concernientes a la figura de contrato seguro, realizando un estudio a las definiciones y características que le son propias. Razón por la cual se utilizó como fuente bibliográfica los textos “Cuestiones generales y caracteres del contrato” y “Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato” de Andrés E. Ordóñez (2001 y 2002). También se tuvo como fuente el texto “Comentarios al contrato de seguro” de Hernán Fabio López Blanco (2010) y “Divagaciones alrededor del seguro” de Mario Velásquez Sierra (2005), textos que ayudaron al esclarecimiento de conceptos que no se encuentran explicados por la Ley, pues si bien son mencionados en la Constitución Nacional y en el Código de Comercio, los mismos los define es la doctrina.

También se efectuó el análisis de la regulación que tienen las compañías aseguradoras en Colombia, la cual se encuentra contenida en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, encontrándose que su vigilancia por su carácter económico corresponde a la Superintendencia Financiera.

Una vez analizada la regulación, cobra relevancia los argumentos de las Altas Cortes frente a la figura de la reticencia e inexactitud, para lo cual se estudiaron las sentencias de la Corte Constitucional T 570-2015, T 316-2015, T 609-2016, T 660-2017, T 272-2018, T 027-2019, de la Corte Suprema Justicia se estudiaron las sentencias SC 4574-2015, SC 2803-2016, SC 18563-2016, SC 5297-2018, SC 3791-2021, SC 4904-2021, STC 1409-2021, STC 5953-2021 y del Consejo de Estado se analizaron las sentencias 36860, 44468.

Adicional al análisis legal, doctrinal y jurisprudencial, se planteó conocer la postura de expertos en el ámbito asegurador, quienes desde el aspecto práctico y con conocimiento de las funciones que se ejecutan por parte de las aseguradoras para atender la reticencia e inexactitud, brindaron su visión respecto de las labores que son realizadas por la aseguradora en todas las etapas del contrato, para atender las reclamaciones con estricto cumplimiento de las condiciones que corresponden a las partes contractuales.

Como estructura metodológica que permitió abordar la investigación, se partió de la pregunta problematizadora que a su vez constituyó el eje del desarrollo investigativo *¿Cuáles son las causas y efectos que conlleva la reticencia e inexactitud en los seguros de vida como criterio de amparo o exclusión para establecer la indemnización o negativa de ésta?*.

Para resolver la pregunta problematizadora fue necesario que la investigación tuviese un norte investigativo que permitiera indagar y resolver la pregunta, además de presentar o resultados de la investigación por tanto se estableció como objetivo general *Caracterizar las causas y efectos que conlleva la reticencia e inexactitud en los seguros de vida constituyentes de amparos o exclusiones al momento de establecer la indemnización*, a su vez éste objetivo general está fundado en el desarrollo de la investigación con tres ejes importantes, esto es, los objetivos específicos que permitieran cumplirlo y a su vez resolver la pregunta de investigación.

Para el desarrollo de los objetivos específicos que permitieran cumplir el objeto general y a su vez resolver la pregunta orientadora se tuvo en cuenta que cada uno de ellos pudiera ser desarrollado y presentado de forma articulada a uno o varios capítulos que componen la estructura del trabajo de la siguiente forma: el primer objetivo específico adoptado fue *Analizar la regulación del contrato de seguros en Colombia aplicable a la reticencia e inexactitud del seguro de vida* el resultado que permitió presentar el capítulo 1 denominado *regulación de los contratos de seguros*, donde se hace el análisis de las leyes y las posturas doctrinales, en este se planteó analizar la regulación del contrato de seguros en Colombia aplicable a la reticencia e inexactitud del seguro de vida; el segundo objetivo específico adoptado fue *identificar los argumentos jurídicamente relevantes de la corte constitucional, corte suprema de justicia y el consejo de estado en relación con la reticencia e inexactitud del seguro de vida* el resultado que permitió presentar el capítulo segundo denominado *análisis jurisprudencial* en el cual se estudia la postura de las Altas Cortes frente a la figura de reticencia e inexactitud, mediante este capítulo procura identificar los argumentos jurídicamente relevantes de la Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado en relación con la reticencia e inexactitud del seguro de vida, finalmente el tercer objetivo específico adoptado fue *presentar postura de expertos en el ámbito asegurador desde una visión comercial y de fraude que permita identificar los aspectos relevantes para el tratamiento de la reticencia e inexactitud del seguro de vida* el resultado que permitió presentar el capítulo tercero denominado *visión de la reticencia e inexactitud por expertos*, en este se plasma la percepción desde el área comercial y de fraude a los aspectos relevantes de la reticencia e inexactitud en los seguros de vida, en el que se presenta la postura de expertos en el ámbito asegurador desde una visión comercial y de fraude que permita identificar los aspectos relevantes para el tratamiento de la reticencia e inexactitud del seguro de vida.

Una vez se logra el texto final de la investigación se obtiene como resultado el cumplimiento del diseño metodológico con un enfoque de investigación cualitativa y aportes como referentes de datos cuantitativos plasmados al momento de realizar triangulación de los resultados obtenidos en el capítulo segundo con la tendencia de las altas cortes, sin convertirse en enfoque mixto. Para

el logro del enfoque de la investigación se aplicaron conjuntamente los *métodos descriptivos e interpretativos* que permitieran abordar, conocer y presentar las problemáticas alrededor de la reticencia e inexactitud en el seguro de vida, para ello se aplicó la técnica de revisión documental, generación de fichas técnicas de las cuales se cuentan con 6 fichas de la Corte constitucional, 8 fichas de la Corte Suprema de Justicia, 2 fichas del Consejo de estado, 4 fichas de Referencias bibliográficas y 4 fichas Normativas. El resultado permitió realizar una comparación argumentativa con expertos del sector asegurador específicamente dos expertos con conocimiento de área comercial y de fraudes del sector asegurador.



## Capítulo 1 Regulación de los contratos de seguros

SUMARIO: 1.1 REGULACIÓN CONSTITUCIONAL, 1.2 ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO – DERECHO PÚBLICO, 1.3 CÓDIGO DE COMERCIO – DERECHO PRIVADO

### 1.1 Regulación constitucional

El sistema jurídico colombiano se encuentra irradiado de principios constitucionales, dentro de este sistema se encuentran los contratos de seguros que, pese a que se encuentran regulados en una legislación especial, también se encuentran reglamentados por la Constitución Nacional.

La Constitución Política de Colombia (1991) en su artículo 78 indica que será la Ley quien regule la calidad de los bienes y servicios ofrecidos. Definidos los servicios por el Diccionario Panhispánico del Español Jurídico (s.f.) como “prestación que satisface alguna necesidad humana y que no consiste en la producción de bienes materiales” (definición 1), encuadrándose el contrato de seguros como un servicio que no se materializa en un bien.

Igualmente, en su artículo 150 numeral 9 inciso D establece que le corresponderá al Congreso de la república “regular las actividades financiera, bursátil, aseguradora y cualquiera otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público” (Constitución Política de Colombia, 1991), actividad que va concatenada con la función del presidente de la república conforme a lo ordenado por la Constitución Colombiana en su artículo 189 numeral 25, lo que da cuenta que la regulación de la actividad aseguradora se radica en cabeza del estado.

Véase pues como los contratos de seguros están sujetos a la previa autorización del estado de las entidades aseguradoras:

Las actividades financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos de captación a las que se refiere el literal d) del numeral 19 del artículo 150 son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado, conforme a la ley, la cual regulará la forma de intervención del Gobierno en estas materias y promoverá la democratización del crédito. (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 335)

Dicha regulación del funcionamiento de las aseguradoras se encuentra en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el cual se analizará de manera detallada en el siguiente subtítulo.

Si bien los artículos nombrados anteriormente dan la guía de en cabeza de quien radica la competencia de regulación, el texto constitucional incluye en su articulado un principio base en los contratos de seguros, el cual se encuentra contenido en el artículo 83 de la Constitución Política, esto es, el principio de la buena fe, principio que dicta que la buena fe se presume, y está presente en las actuaciones que adelanten los particulares y las entidades públicas. (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 83)

Pese a establecerse por la norma constitucional que la buena fe debe regir en todas las actuaciones y negocios jurídicos que se realicen, dicho postulado en los contratos de seguros ha sido desarrollado por la doctrina y la jurisprudencia, como un principio.

A continuación, se relacionan algunas posturas doctrinales respecto del postulado de la buena fe. Por ejemplo, el autor Mario Velásquez Sierra (2005) en su libro “Divagaciones alrededor del Seguro”, aborda la buena fe desde la reciproca confianza toda vez que según este autor los extremos contractuales confían en la correcta ejecución del contrato por parte del otro,

es decir, existe una confianza basada en la buena voluntad de las partes de cumplir el objeto del contrato y guardarse fieles a las condiciones de suscripción de este.

Por su parte Hernán Fabio López Blanco (2010) en su libro “Comentarios al Contrato de Seguro” indica que si bien en todos los contratos de seguros se requiere la aplicación del principio constitucional de buena fe, en el contrato de seguros no basta con el simple cumplimiento del mismo, puesto que los contratos de seguros se basan en dicho postulado y la buena fe exigida es mayor, pues se requiere de la “ubérrima bona fides”, es decir, la buena fe requerida es estricta, puesto que la omisión de la misma produce consecuencias graves al contrato.

El doctrinante Andrés Ordóñez (2001), desarrolla el carácter de buena fe en el contrato de seguro como “esta buena fe en el contrato de seguro, no sólo indica la manera como debe interpretarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también de algún modo, la eficacia misma del acuerdo” (p. 103), entendiéndose dicha eficacia como las consecuencias que podrían llegar a presentarse en el contrato de seguros, por faltar al principio de buena fe.

No solo la doctrina se ha ocupado de la aplicación del postulado de buena fe en los contratos de seguros, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha desarrollado el concepto de buena fe en el contrato de seguros, como se lee en la sentencia T-071 del Magistrado Ponente Aquiles Arrieta Gómez:

La Sala Plena de la Corte Constitucional ha explicado que el contrato de seguro es una figura de ubérrima de buena fe, toda vez que la conducta de las partes debe tener un estricto apego a la realidad de los hechos que se declaran; es decir, que no basta con la simple formalidad y honestidad, sino que es necesario tener el más alto grado de calidad y claridad al momento de pactar el acuerdo de voluntades. Esto conduce a determinar que la valoración judicial siempre deberá analizar el proceder de cada uno de los contratantes con el fin de identificar aquellas conductas de acción u omisión que pudieron alterar el equilibrio del negocio. (Sentencia T-071/17, 2017)

En síntesis, la norma constitucional como norma superior, ha establecido los principios que debe seguir el legislador respecto de la regulación del contrato de seguros.

## **1.2 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – Derecho Público**

Sea lo primero mencionar que las entidades aseguradoras se encuentran reguladas por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el cual en su artículo 1, indica que las entidades aseguradoras, así como los intermediarios de seguros y reaseguros hacen parte de la estructura del sistema financiero (Decreto Ley 663, 1993).

En el artículo 5 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero encontramos quienes hacen parte de las entidades aseguradoras e intermediarios, los cuales son definidos así:

1. Entidades aseguradoras. Son entidades aseguradoras las compañías y cooperativas de seguros y las de reaseguros.
2. Intermediarios de seguros. Son intermediarios de seguros los corredores, las agencias y los agentes, cuya función consiste en la realización de las actividades contempladas en el presente Estatuto.
3. Intermediarios de reaseguros. Son intermediarios de reaseguros los corredores de reaseguros. (Decreto Ley 663, 1993, art. 5)

Con lo que podemos observar que la misma ley nos especifica a quienes le son oponibles las disposiciones contenidas en este decreto.

Las entidades aseguradoras se encuentran sujetas a la supervisión del estado, tal y como lo establece la Constitución Política, las disposiciones de la supervisión se encuentran establecidas en el Capítulo XI del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, resaltando que la misma es ejercida por la Superintendencia Bancaria.

El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero fija unos aspectos generales a tener en cuenta respecto de las entidades aseguradoras, aspectos que se encuentran contenidos en el artículo 38, siendo relevante destacar el numeral 3, toda vez que refiere específicamente a los seguros de vida, “las sociedades cuyo objeto prevea la práctica de operaciones de seguros individuales sobre la vida deberán tener exclusivamente dicho objeto, sin que su actividad pueda extenderse a otra clase de operaciones de seguros, salvo las que tengan carácter complementario” (Decreto Ley 663, 1993, art. 38), es decir, que cuando una entidad aseguradora ofrezca seguros de vida individuales no podrá ofertar dentro de su mismo objeto, coberturas que sean ajenas a ese objeto específico.

El capítulo XII del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero regula los intermediarios de seguros, los cuales se dividen en, sociedades corredoras de seguros y agentes y agencias quienes son controladas y vigiladas por la Superintendencia Bancaria. Por su parte el capítulo XIII regula los intermediarios de reaseguros los cuales se encuentran supervisados por la Superintendencia Bancaria, por ser parte ambas de la estructura del sistema financiero colombiano (Decreto Ley 663, 1993).

En concordancia con lo establecido en el artículo 150 numeral 19 literal d) de la Constitución Política (1991), la intervención de las actividades aseguradoras está en cabeza del Gobierno Nacional, disposición que se encuentra contenida en el artículo 46 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en dicho artículo se cual establecen los objetivos de la intervención, la cual se realiza con base en los instrumentos que se consagran en su artículo 48 (Decreto Ley 663, 1993).

Pese a que el Gobierno Nacional puede ejercer intervención en las entidades aseguradoras, esta facultad tiene unos límites que no pueden ser desbordados, límites que se encuentran regulados en el artículo 51 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, resaltándose que con estas limitaciones se respetar la naturaleza y los principios propios de las entidades aseguradoras (Decreto Ley 663, 1993).

El artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero contiene el régimen de pólizas y tarifas, siendo de especial interés para la investigación lo contenido en el numeral 2:

Requisitos de las pólizas: Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

- a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;
- b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y
- c. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza. (Decreto Ley 663, 1993, art. 184)

Requisitos que no deben ser desconocidos por las entidades aseguradoras, toda vez que con dicha regulación se busca darle unas garantías tanto a la entidad aseguradora como al tomador del servicio, a fin de que el contrato de seguro sea oponible a las partes.

### **1.3 Código de Comercio – Derecho Privado**

#### **1.3.1 Contrato de seguro**

El contrato de seguro se encuentra definido en el Código de Comercio: “el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva” (Decreto 410, 1971, art. 1036), conteniendo dicha definición características que de acuerdo al legislador son propias de este contrato, sin embargo, esta definición no da una respuesta a la figura como tal de contrato de seguro, como lo enuncia López Blanco (2010): “la legislación colombiana optó por definir el contrato de seguro utilizando el sistema descriptivo mediante el que pretendió resaltar cuáles son los principales elementos jurídicos que lo tipifican” (p. 43), con base a esto se precisa mencionar algunas definiciones.

El Diccionario Panhispánico del Español Jurídico (s.f.) define el contrato de seguros como:

contrato por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima, y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas. (definición 1)

Por su parte la Corte Suprema de Justicia lo define así:

el contrato de seguro es aquel negocio bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo, en virtud del cual una persona, el asegurador, se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina prima, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto, cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al asegurado los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se le llama de daños o de indemnización efectiva, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe es la previsión, la capitalización y el ahorro. (Sentencia S-002/94, 1994, p. 30)

Nótese como coinciden las anteriores definiciones, en señalar que la finalidad del contrato es indemnizar los daños que pueda sufrir el asegurado a cambio del pago de una prima, siendo propio de este contrato que nazca ante las partes una obligación que es de doble vía, es decir, bilateral, toda vez que ambos extremos contractuales se obligan a dar cumplimiento a unas condiciones que permiten la correcta ejecución del contrato.

El contrato de seguros puede ser principal u accesorio, de conformidad con lo establecido en el artículo 1499 del Código Civil: “el contrato es principal cuando subsiste por sí mismo sin necesidad de otra convención, y accesorio, cuando tiene por objeto asegurar el cumplimiento de una obligación principal, de manera que no pueda subsistir sin ella” (Ley 84, 1873, art. 1499).

Un ejemplo de lo indicado en el párrafo anterior es el contrato de seguro de vida, el cual puede ser individual o deudores. El seguro de vida individual es un contrato principal, toda vez que su objeto es proteger la persona o sus beneficiarios en el evento de que ocurra un siniestro, llámese muerte o incapacidad y no requiere para el nacimiento a la vida jurídica de ninguna otra convención, contrario a este, se encuentra el seguro de vida deudores, el cual se condiciona a la existencia de una obligación crediticia y cuya finalidad es cubrir el capital de la entidad bancaria o financiera ante un eventual suceso que no le permita al deudor dar cumplimiento de la obligación.

Dicha distinción cobra relevancia jurídica toda vez que las condiciones del seguro varían desde su etapa precontractual hasta su objeto de cobertura.

### **1.3.2 Características del contrato de seguros**

El contrato de seguros de conformidad con el artículo 1036 del Código de Comercio es un contrato consensual, esto es, que el mismo se perfecciona por el acuerdo de voluntades, no requiriendo para demostrar su existencia de ninguna solemnidad (Decreto 410, 1971).

Así mismo, el contrato de seguros es bilateral, característica que obliga a ambas partes en todas las etapas del contrato. Por ser el contrato de seguros un contrato bilateral se adquieren obligaciones mutuas, en cabeza del asegurador surge la obligación de cubrir el riesgo y de prestar lo necesario para que el contrato se ejecute y en cabeza del tomador surge la obligación de declarar honestamente el estado del riesgo, mantener el riesgo asegurado y pagar las primas.

El contrato de seguros también dentro de sus características incluye ser oneroso, puesto que dentro de las obligaciones recíprocas también se incluyen obligaciones económicas, pues recae en cabeza del asegurador la erogación que debe realizar una vez ocurra el siniestro y para el asegurado el pago de la prima, la cual constituye un elemento esencial del contrato de seguro, mismo que analizará posteriormente.

Dentro de las características del contrato también se encuentra que es aleatorio, toda vez que las obligaciones adquiridas por ambas partes son inciertas, puesto que el tomador efectúa el pago de la prima sin que tenga certeza de la ocurrencia del siniestro por el que recibiría una indemnización y la aseguradora acepta asegurar el riesgo sin la certeza que el mismo vaya a ocurrir, dejando al aleas la ocurrencia del hecho.

Igualmente, se dice que es de ejecución sucesiva, porque necesita del paso del tiempo para que se dé o bien el cumplimiento de la obligación o el vencimiento de esta.

### ***1.3.2.1 Partes del contrato de seguro***

El artículo 1037 del Código de Comercio establece como partes del contrato de seguro al asegurador y el tomador, entendido al asegurador como quien asume el riesgo y al tomador como aquel que traslada el riesgo. El tomador en el contrato de seguros puede ser beneficiario de la indemnización o puede adquirir el seguro por cuenta de un tercero, teniendo cada situación una regulación específica, las cuales se encuentran contenidas en los artículos 1038 y 1039 (Decreto 410, 1971).

Existen variaciones respecto de las personas que ocupan un lugar en la póliza, ya que puede existir un tomador que al mismo tiempo es asegurado y beneficiario o puede el tomador ser diferente del asegurado y del beneficiario; esta figura se explica en el hecho que el tomador es una persona natural o jurídica a quien se le encarga la gestión de la adquisición de la póliza.

Cuando la gestión se efectúe a nombre de un tercero, esto deberá quedar establecido en la póliza como lo menciona el Código de Comercio: “el seguro corresponde al que lo ha contratado, toda vez que la póliza no exprese que es por cuenta de un tercero” (Decreto 410, 1971, art. 1040), puesto que si no se estipula quien es el beneficiario, se entenderá que el tomador de la póliza también ostenta la calidad de beneficiario.

### ***1.3.2.2 Perfeccionamiento del contrato de seguro***

El contrato de seguro antes de la modificación realizada por la Ley 389 de 1997 era solemne, por lo que se exigían formalidades propias al contrato para que mismo se perfecciona, sin embargo, el artículo 1 de la Ley 389 de 1997 modificó el artículo 1036 del Código de Comercio, respecto a la forma de perfeccionamiento, pasando de ser un contrato solemne a un contrato consensual por lo que el mismo se perfecciona con el simple acuerdo de voluntades.

López Blanco (2010) hace un estudio de los motivos que llevaron a que por parte del legislador se introdujera el cambio en la forma de perfeccionarse, el cual lo describe así:

En esencia y a más de la polémica advertida, no fue otro diverso al de la mala práctica que un sector de la industria aseguradora asumió frente a la ejecución del contrato de seguro amparada en el requisito de la solemnidad pues, ya se destacó, el contrato se promovió como si fuera consensual, es decir otorgando el amparo desde el momento mismo en que se ajustaba el

consentimiento sobre los aspectos esenciales del contrato y sin importar que la póliza se suscribiera con posterioridad. (p. 51)

Modificación que no solo se refiere a la forma de perfeccionamiento, sino también al medio probatorio, puesto que al ser consensual admite que este sea probado bien sea por escrito o mediante confesión, tal y como lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio (Decreto 410, 1971).

De otro lado, atada a la forma consensual del contrato se encuentra la capacidad para contratar que se refiere al tomador y la capacidad para asegurar que se requiere del asegurador, capacidad que se encuentra contenida en el artículo 1502 del Código Civil, dentro de los requisitos para obligarse, entendiéndose que dicha capacidad se presume y que necesariamente va atada a la buena fe de las partes en la suscripción y ejecución del contrato.

### ***1.3.2.3 Declaración de asegurabilidad***

El contrato de seguro se compone de la caratula, la solicitud de seguro y el clausulado de la póliza. La solicitud de seguro incluye la declaración de asegurabilidad, la cual consiste en la información que debe ser declarada por el tomador de la póliza, la información allí contenida debe ser clara, precisa y acorde a la verdad. La declaración de asegurabilidad tiene como fin de evitar que se presenten situaciones que hagan más oneroso el cumplimiento de la obligación.

Una indebida declaración de asegurabilidad contiene como consecuencia la figura reticencia e inexactitud, la cual será tratada ampliamente en el trascurso de la investigación.

### ***1.3.3 Póliza***

La póliza según el artículo 1046 del Código de Comercio, es el documento que contiene el contrato de seguro (Decreto 410, 1971). La póliza es entregada al tomador para que la misma preste valor probatorio; dentro de los requisitos de la póliza se encuentra que debe ser redactada en castellano. La póliza está compuesta por la caratula, solicitud de seguro y el clausulado.

El artículo 1047 del Código de Comercio, indica que además de las condiciones generales la póliza, esta debe contener unas condiciones específicas las cuales son a grandes rasgos: la razón social del asegurador, el nombre del tomador y en el evento que sean diferentes se debe individualizar al tomador, el asegurado y beneficiario (Decreto 410, 1971).

En la póliza se debe especificar de conformidad con el numeral 5 del artículo 1047 del Código de Comercio “identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro” (Decreto 410, 1971, art. 1047), dato que es relevante, toda vez que, en el evento de presentarse la ocurrencia del siniestro, el llamado a recibir la indemnización es la persona sobre quien se contrató la póliza y respecto de la cual se hizo la declaratoria de asegurabilidad y el estudio del riesgo. Dentro de la póliza también debe mencionarse la vigencia del contrato, la suma asegurada, el valor de la prima y la fórmula de calcularla.

El numeral 9 del artículo 1047 del Código de Comercio contiene como condición de la póliza “los riesgos que el asegurador toma su cargo” (Decreto 410, 1971, art. 1047), riesgos que describen claramente la obligación de resarcir que existe en cabeza del asegurador, dado que este está llamado a cubrir exclusivamente los riesgos que fueron pactados, toda vez que sobre los riesgos descritos en la póliza se realizó el estudio de viabilidad, riesgo y el cobro de la prima.

### ***1.3.4 Elementos esenciales del contrato de seguro***

El artículo 1045 del Código de Comercio contiene los elementos esenciales del contrato de seguro, los cuales son: “1) El interés asegurable; 2) El riesgo asegurable; 3) La prima o precio del seguro, y 4) La obligación condicional del asegurador. En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno” (Decreto 410, 1971, art. 1045).

Por tratarse de elementos que requieren su obligatorio cumplimiento para que el contrato de seguro produzca efectos, conviene dar un acercamiento a cada uno.

#### ***1.3.4.1 El interés asegurable***

En Colombia el interés asegurable se encuentra contenido en el artículo 1083 del Código de Comercio para el seguro de daños o de cosas y en el artículo 1137 para el seguro de personas, pese a existir dicha claridad no se tiene por parte del legislador una definición, por lo que se acude a la doctrina para aclarar el tema

En un sentido amplio podemos entender el interés asegurable en el seguro de personas como aquella preocupación que de buena fe una persona (tomador, asegurado o beneficiario) tiene en la protección, bienestar o conservación de otra (asegurado). Este sentir interno es lo que lleva a corroborar la existencia del interés asegurable como elemento esencial del contrato de seguro. (Díaz-Granados, 2015, p. 123)

Por su parte Velásquez Sierra (2005), lo entiende como:

Se puede afirmar que el interés asegurable existe siempre que la destrucción o el deterioro de las cosas o el menoscabo corporal pueden ocasionar perjuicios económicos a una persona, que por virtud de esta posibilidad deba poner todos los medios a su alcance para evitarlos. (p. 47)

Con base en las anteriores definiciones, se puede entender que el interés asegurable está en cabeza de la persona a quien interesa que no ocurra el siniestro, puesto que realiza todas las actividades tendientes a salvaguardar bien sea la cosa o en los seguros de personas su integridad.

#### ***1.3.4.2 El riesgo asegurable***

Dentro del Código de Comercio no se establece cuál es el riesgo objeto de ser asegurado, sin embargo, se hacen precisiones respecto del riesgo. En el artículo 1054 del Código de Comercio el riesgo se define como “el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador” (Decreto 410, 1971, art. 1054). Por su parte el artículo 1055 indica que son riesgos inasegurables “el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario son inasegurables” (Decreto 410, 1971, art. 1055).

La doctrina ha establecido requisitos que debe comportar el riesgo a fin de entenderlo como un elemento esencial; Velásquez Sierra (2005) los enlista así: el riesgo debe ser posible o incierto, ser fortuito y recaer sobre un objeto lícito.

Es decir, que el riesgo asegurable debe estar compuesto por la aleatoriedad, pues si bien existe la posibilidad de la ocurrencia del hecho, no se tiene certeza de la fecha en la que el siniestro se concreta o si en realidad ocurrirá.

Si bien se tiene conocimiento del asegurador que, al suscribir la póliza, existe la posibilidad de que el mismo se materialice, está en cabeza de la entidad aseguradora determinar si decide asumir el riesgo, esto se entiende como la asunción del riesgo, la cual se encuentra regulada en el artículo 1056 del Código de Comercio.

La asunción del riesgo es definida como “aceptación de las consecuencias de un determinado acto o situación de hecho que exonera de responsabilidad por falta de antijuridicidad y por ser el perjudicado consciente del riesgo asumido” (Diccionario Panhispánico del Español Jurídico, s.f., definición 1), es decir, que pese a que por parte del asegurador se tiene conocimiento de la posible materialización del riesgo este a su arbitrio decide asumirlo, esta asunción se materializa a la hora veinticuatro del día en el que se perfeccione el contrato, tal como lo establece el artículo 1057 del Código de Comercio (Decreto 410, 1971).

#### ***1.3.4.3 La prima o precio del seguro***

El pago de la prima o precio del seguro se constituye como elemento esencial del contrato de seguro. El pago de la prima es una obligación que recae en cabeza del tomador del seguro, al ser dicho pago una retribución por la prestación del servicio imprime en esta obligación la onerosidad, figura que explica Ordóñez (2002), en su libro “Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato”:

Al elevar la prima a la categoría de elemento esencial del contrato de seguro consagra la ley su carácter oneroso; el traslado del riesgo al asegurador no se concibe sin una utilidad correlativa para éste; si no existe prima no existe contrato de seguro. (p. 41)

Con el pago de la prima se busca retribuir al asegurador por la asunción del riesgo, procurando garantizar la posible erogación que estaría en cabeza de la entidad aseguradora en el evento que se materialice el siniestro.

Por la mecánica de la actividad aseguradora, el pago de las primas ayuda a soportar los posibles siniestros que presenten otros tomadores de seguros, situación que tiene su explicación en el alto volumen de pólizas suscritas. Vale la pena mencionar que no existe un precio fijo en las pólizas, puesto que cada caso es analizado con las condiciones particulares que le son propias, tal como lo señala Velásquez Sierra (2005), “el tamaño de la prima, que debe pagar el tomador o asegurado, se fija teniendo en cuenta la magnitud de los peligros desplazados por aquél hacia el asegurador; a mayor peligro, corresponde mayor prima” (p. 51).

#### ***1.3.4.4 La obligación condicional del asegurador***

El asegurador no está llamado a indemnizar de manera irrefutable todas las reclamaciones que se le presenten, puesto que, de la mano de la adquisición del seguro, recaen en el tomador unas obligaciones que condicionan la obligación del asegurador de indemnizar el riesgo.

Por su parte, Velásquez Sierra (1967), indica que la obligación se entiende como condicional toda vez que depende de la ocurrencia de un hecho futuro e incierto, es decir, que debe existir por parte del tomador la certeza de que no está ocultando información que sea conducente para tener certeza que se concretará el siniestro.

De otro lado, López Blanco (2010) encuentra la figura de la obligación condicional como una extensión del riesgo asegurable, que lo que busca es hacer énfasis en que en el evento que se materialice un riesgo ya cubierto o conocido por el tomador, no habrá lugar a hacer efectivo el seguro, es decir, no lo entiende como un elemento autónomo, sino por el contrario a su juicio es un elemento que complementa el riesgo asegurable.

Sin embargo, es relevante resaltar que la obligación condicional, encuentra su soporte en la omisión de información en que incurra el tomador al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, toda vez que si la misma es diligenciada omitiendo u ocultando información, se desvirtuaría que el hecho sea incierto, lo que daría lugar a las consecuencias contenidas en el artículo 1058 del Código de Comercio, mismo sobre el cual se fundamenta la reticencia e inexactitud, el cual se procede a explicar.

#### ***1.3.5 Código de Comercio. Artículo 1058 declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia***

La fundamentación de la reticencia y la inexactitud con todas sus características se encuentra contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio, por lo que se explicará el citado artículo detalladamente:

En relación con la primera parte del artículo, que consiste en la identificación de cuando en el mundo de los hechos que tienen efectos jurídicos vinculantes, estamos frente a la figura de reticencia e inexactitud, ha sido regulado por el legislador así:



El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (Decreto 410, 1971, art. 1058)

Inicia el artículo mencionando que el tomador está obligado a declarar sinceramente, es decir, dicha declaración no se queda en la superficialidad de una declaración juramentada, sino por el contrario es una declaración que merece una ardua manifestación de los hechos que sean relevantes para el contrato de seguro, la declaración debe tener en cuenta todas las circunstancias personales que rodean al tomador.

La declaración que realiza el tomador debe ser expresa, definida por el Diccionario hispanoamericano de derecho como “expresión de la voluntad de alguien de una forma clara e inconfundible, mediante lenguaje oral, escrito, o señas, según la circunstancia” (Durán Urrea y Amaya León, 2008, p. 500).

La declaración del estado del riesgo debe responderse según el cuestionario propuesto, en cabeza del tomador recae la obligación de poner en conocimiento toda situación que afecte directamente el estado del riesgo, y en el evento que la situación que deba manifestar el tomador no se encuentre contenida en el cuestionario, este deberá hacer una manifestación expresa escrita aportando lo documentos que soporten las circunstancias que modificarían el riesgo asegurable.

Como el objeto de estudio de esta investigación se ciñe a los seguros de vida, se aclara que el cuestionario propuesto no es taxativo, es enunciativo.

La reticencia es definida por la Real Academia Española (s.f.) como “efecto de no decir sino en parte, o de dar a entender claramente, y de ordinario con malicia, que se oculta o se calla algo que debiera o pudiera decirse” (definición 1), dicha omisión necesariamente afecta las condiciones bajo las cuales se contrató el seguro, puesto que hacen más onerosas las condiciones de este, situación que es contraria al elemento esencial de riesgo asegurable, toda vez que se desvirtúa la incertidumbre, dando lugar a que se aplique la sanción de nulidad relativa del seguro.

La nulidad relativa se encuentra regulada en el artículo 1741 del Código Civil, dicha nulidad produce rescisión del contrato (Ley 84, 1873). El artículo 1059 del Código de Comercio, establece que rescindido el contrato el asegurador podrá retener la prima a título de pena, siendo esta una sanción al tomador reticente (Decreto 410, 1971).

Por su parte, el artículo 1058 del Código de Comercio indica que “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” (Decreto 410, 1971, art. 1058).

Aunque de manera general en el momento en que las aseguradoras diligencian cada solicitud de seguro proponen un cuestionario que busca recolectar información relevante para el estudio de asegurabilidad, si el mismo no es presentado, no exime al tomador de declarar con sinceridad las situaciones que afecten el equilibrio contractual, siendo llamado conforme a la buena fe a informar de manera suficiente las condiciones bajo las cuales se contrata.

Cuando la declaración del estado del riesgo no obedece a la verdad, pues el tomador en su declaración omite información relevante, estaría actuando con culpa, misma que es definida en el diccionario de seguros de la Fundación MAPFRE (s.f.) como “una omisión de la conducta debida, destinada a prever y evitar un daño; ausencia de la diligencia exigible en el cumplimiento de una obligación o deber jurídico” (definición 1).

El actuar culposo del tomador respecto al encubrimiento de hechos o circunstancias, modifica necesariamente el estado del riesgo, es castigada por el legislador con la sanción de reticencia e inexactitud, es decir, con la nulidad relativa del seguro.

El tercer inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, contiene las disposiciones del legislador respecto del error inculpable:

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. (Decreto 410, 1971, art. 1058)

Pese a que la figura de la reticencia e inexactitud suele ser severa en cuanto a la sanción impuesta consistente en la nulidad relativa del contrato de seguro, la misma no se configura en los eventos en que la declaración reticente o inexacta proviene de un error inculpable del tomador.

El legislador dispuso una sanción más benévola frente al tomador que omite la información por error, toda vez que dispuso que el siniestro si será indemnizado, pero solo por la proporción del riesgo cubierto con la prima pagada.

Lo dispuesto en el inciso 3 del artículo 1058 del Código de Comercio es aplicable a todos los contratos de seguro, sin embargo, según lo dispuesto en el artículo 1160 del Código de Comercio no podrá aplicarse cuando el error inculpable se configure en los seguros de vida, toda vez que transcurridos 2 años desde que se suscribió el contrato y que el asegurado aún viva, no habrá lugar a la reducción por error inculpable (Decreto 410, 1971).

La distinción contenida entre el inciso segundo y tercero del artículo 1058 del Código de Comercio, se basa en que, dependiendo del nivel de gravedad de la conducta del tomador, será la sanción a imponer.

Aunque lo contenido en el artículo 1058 del Código de Comercio busca sancionar al tomador reticente o inexacto, dicha sanción tiene un límite; toda vez que, según lo dispuesto en el inciso final, no será aplicable la figura de reticencia e inexactitud cuando por parte del asegurador se tiene conocimiento de los hechos antes de suscribir el contrato o si estando en vigencia del seguro se acepta subsanarlos (Decreto 410, 1971).

### ***1.3.6 Código de Comercio. Artículo 1158 prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo***

En el análisis del presente artículo es de alta relevancia resaltar que la obligación de declarar sinceramente no se encuentra sujeta a la elaboración de un examen médico, toda vez que la declaración sincera es la aplicación de la ubérrima buena fe, misma que deben conservar las partes en todas las etapas del contrato.

Entiéndase que la declaración realizada es de voluntad, definida por el Diccionario Hispanoamericano de Derecho como “manifestación que hace un individuo, que en determinados contextos es fuente de efectos jurídicos” (Durán Urrea y Amaya León, 2008, p. 500), dicha manifestación produce efectos jurídicos, porque necesariamente lo declarado afecta las condiciones bajo las cuales se contrata el seguro.

Es deber del asegurado declarar de manera amplia y suficiente su verdadero estado de salud, contrario sería pretenderse por parte del tomador atribuir la configuración de la reticencia e inexactitud a la aseguradora por la no realización del examen médico, pues como lo indicó la Corte Constitucional en sentencia T-058/16:

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bonae fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico. (Sentencia T-058/16, 2016)

Véase como la jurisprudencia ha dejado establecido que no puede eximirse el tomador de las sanciones establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio, por la no realización del examen médico.

### ***1.3.7 Relación del artículo 1058 con el artículo 1158 del Código de Comercio***

Los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio se complementan, toda vez que zanján la posible pretensión por parte del asegurado de solicitar que no se apliquen las sanciones establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio por la presunta falta de diligencia del asegurador al no realizar el examen médico; puesto que se desconoce que concretamente las pólizas de vida no se encuentran dentro de las disposiciones exigidas por la ley para que sea obligatorio la realización de examen médico, tal como lo ha establecido la jurisprudencia constitucional:

No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes. (Sentencia T-058/16, 2016)

Es así como podríamos concluir que el artículo 1158 es una complementación del artículo 1058 del Código de Comercio, respecto a una posible excepción pretendida por el tomador reticente.

### ***1.3.8 Regulación de los seguros de vida en el Código de Comercio***

El interés asegurable constituye un elemento esencial del contrato de seguro como se trató en el subtítulo 1.3.4, sin embargo, cada ramo del contrato de seguro contiene lo que es considerado por la Ley como interés asegurable. Respecto a los seguros de personas el Código de Comercio en su artículo 1137, se refiere al interés asegurable en las personas, y es que según este artículo se configurará el interés asegurable en la propia vida, en la de las personas a quienes se les deba alimentos y a quien vea una merma en su capacidad económica por el fallecimiento del asegurado (Decreto 410, 1971).

En el ramo de los seguros de personas no hay una tasación sobre el valor que se considera se debe indemnizar, por lo que el monto se pacta de conformidad con el artículo 1138 del Código de Comercio, por voluntad de las partes contratantes; cabe resaltar que en los seguros de personas no es procedente la subrogación contra los terceros (Decreto 410, 1971).

Cuando la reclamación se realice por gastos de carácter patrimonial se regularán según el artículo 1140 del Código de Comercio por el Capítulo II, es decir, serán regulados por las disposiciones de seguros de daños.

#### ***1.3.8.1 Clases de beneficiarios***

Los beneficiarios del seguro de vida pueden ser de conformidad con lo establecido en el artículo 1141 del Código de Comercio a título gratuito o a título oneroso, dicha diferenciación se

efectúa por mera liberalidad del tomador, la regla general es que los beneficiarios se constituyan a título oneroso.

Son beneficiarios a título oneroso cuando el asegurado es deudor o avalista y el valor de la indemnización del seguro será la garantía del pago en el evento del fallecimiento del asegurado, cabe anotar que en estos casos la ley prohíbe modificar las condiciones del contrato y por ende cambiar de beneficiario sin la autorización expresa del mismo.

En atención a lo anterior, el beneficiario oneroso en caso de muerte del asegurado recibirá el pago de la indemnización por el valor de la deuda. Cuando al momento de la muerte del asegurado, el beneficiario oneroso ya ha faltado, el valor de la indemnización será pagado a los herederos del beneficiario; y en caso de haber saldo restante, este será pagado a los demás beneficiarios del asegurado en caso de existir, es decir el cónyuge en el 50% y los herederos en el 50%, de conformidad con lo establecido en el artículo 1142 del Código de Comercio, aclarando entonces que esta indemnización no hace parte de la masa sucesoral del asegurado fallecido.

El beneficiario es a título gratuito, cuando el asegurado libremente lo nombra y no depende de aspectos legales o contractuales diferentes a la voluntad del asegurado y no está obligado a justificar su nombramiento, así como también puede ser modificado o revocado en cualquier tiempo, pero de esta decisión debe ser notificada de manera oportuna al asegurador, tal como lo establece el artículo 1146 del Código de Comercio. El pago de la indemnización aplica cuando a la muerte del asegurado este le sobreviva, dicha indemnización no se trasmite a los herederos del beneficiario, en caso de que ocurra el fallecimiento del beneficiario antes que el del asegurado.

Por su parte el artículo 1143 del Código de Comercio establece que la designación del beneficiario queda sin efectos, en los eventos en los que la muerte del beneficiario se da primero que la del asegurado, o cuando se da la figura de la conmorencia, también quedará sin efectos cuando el beneficiario oneroso renuncia porque ya se le cancelo la obligación crediticia; ocurrida alguna de las anteriores situaciones se indemnizará conforme al artículo 1142 del Código de Comercio.

El artículo 1145 del Código de Comercio nos lleva al escenario de la desaparición y muerte presunta del asegurado, en estos casos el solo hecho de la desaparición del asegurado no da el derecho al pago de la indemnización por el valor del seguro, pero pasados dos (2) años sin noticias del ausente, los beneficiarios deberán iniciar un proceso de declaración de muerte presunta por desaparecimiento y con la sentencia que declara la muerte pueden reclamar al asegurador el valor del seguro, con la salvedad de restituirla si el asegurado ausente reapareciera.

El artículo 1146 del Código de Comercio hace referencia a los derechos intransferibles e indelegables del asegurado, señalando que cuando se trata de beneficiario a título oneroso, no basta con la sola voluntad del asegurado para revocar la designación, salvo expresa aceptación del beneficiario; toda vez que se trata de la protección de un vínculo jurídico mediante el contrato de seguros, por lo tanto, el asegurado está limitado en su facultad de revocarla.

Pese a que por parte del asegurado se establezcan quienes serán sus beneficiarios, estos serán excluidos de la indemnización, cuando de conformidad con el artículo 1150 del Código de Comercio atenten contra la vida e integridad del asegurado (Decreto 410, 1971).

### ***1.3.8.2 Revocatoria del contrato de forma unilateral en los contratos de seguro de vida***

De conformidad con el artículo 1159 del Código de Comercio, en los seguros de vida de personas, no opera la revocatoria unilateralmente del contrato de seguro.

Serán derechos intransferibles e indelegables del asegurado los de hacer y revocar la designación de beneficiario. Pero el asegurado no podrá revocar la designación de beneficiario hecha a título oneroso, ni desmejorar su condición mientras subsista el interés que las legitima, a menos que dicho beneficiario consienta en la revocación o desmejora.

Si la designación de beneficiario a título oneroso se ha hecho en garantía de un crédito [...] podrá el beneficiario reclamar directamente al asegurador el valor de rescate, hasta concurrencia de su crédito. (Decreto 410, 1971, arts. 1146 y 1147)

### ***1.3.8.3 Terminación por no pago de la prima***

Conforme a los artículos 1068 y 1152 del Código de Comercio la póliza podrá terminarse por mora en el pago de la prima, pues es esta la obligación más importante que la ley impone al asegurado para evitar las sanciones correspondientes.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados. Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes. (Decreto 410, 1971, art. 1068)

Por su parte el Artículo 1152 nos dice que “salvo lo previsto en el artículo siguiente, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las” (Decreto 410, 1971, art. 1152).

### ***1.3.8.4 Inexactitud en la declaración de edad***

El artículo 1161 del Código de Comercio, establece las sanciones aplicables respecto de la inexactitud en la declaración de la edad.

Respecto de la declaración inexacta de la edad se presentan tres situaciones, las cuales son:

“1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058” (Decreto 410, 1971, art. 1161), en el evento que la edad que no fue declarada se encuentra por fuera de la edad establecida por el asegurador, se dará lugar a la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro por ser el tomador reticente e inexacto en la declaración del estado del riesgo.

“2) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador” (Decreto 410, 1971, art. 1161) y cuando el tomador declare una edad mayor habrá lugar a recalcular el monto asegurado conforme a la prima pagada, a fin de que se ajuste la edad real con el estado del riesgo que efectivamente representa.

“3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo” (Decreto 410, 1971, art. 1161). Por su parte, si la edad declarada fuere menor, habrá que recalcular el monto de la prima, a fin de que guarde relación con lo establecido por la aseguradora.

## **Capítulo 2 Análisis jurisprudencial**

SUMARIO: 2.1 CORTE CONSTITUCIONAL, 2.2 CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, 2.3 CONSEJO DE ESTADO, 2.4 TRIAGULACIÓN POSTURAS DE LA CORTE

### **2.1 Corte Constitucional**

#### **Sentencia T-570/15**

Sala Tercera de Revisión

Acción de tutela

Radicado No. T-4.931.351

Fecha: septiembre 4 de 2015

Magistrado Ponente: LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

- Alberto Hernando Robles Restrepo, adquirió un crédito con el Banco BBVA, dicha obligación fue amparada con un seguro de vida.
- Dentro de la vigencia del contrato el señor Robles Restrepo sufrió pérdida total de su capacidad laboral. Al no encontrarse en las condiciones para continuar laborando solicitó a la entidad bancaria el pago de la póliza contratada, sin embargo, la misma fue negada porque se consideró que “omitió declarar que padecía gonartrosis y disfonía, según consta en la historia médica de la Fundación Médico Preventiva del 3 de mayo de 2009”, razón que sustentó la aseguradora como reticencia e inexactitud en la declaración del estado del riesgo, por lo que había lugar a la aplicación de la nulidad relativa del contrato.
- En su defensa el señor Alberto Hernando Robles Restrepo argumentó que las enfermedades que padecía no estaban contenidas dentro de la lista de las enfermedades enunciadas dentro del formato de declaración que le fue puesto de presente

#### **Consideraciones de la Corte**

Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la Ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes. [...]

Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente

durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales. [...]

De esta manera, la nulidad relativa del contrato como efecto de la reticencia no ocurre por la sola omisión de información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria se origine en un actuar contrario a los postulados de la buena fe. De ahí que esta Corporación haya señalado que “es deber de la[s] aseguradora[s] probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso”, sin perjuicio –como lo dispone la Ley– de advertir que la sanción no aplica si el asegurador, antes de celebrar el contrato, “conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”. [...]

#### **Decisión de la Corte**

Confirma la improcedencia del amparo. (Sentencia T-570/15, 2015)

#### **Análisis de autores del texto <sup>1</sup>**

En esta sentencia se evidencia el estudio de la acción constitucional de tutela a fin de solicitar el pago de una póliza de seguro de vida por invalidez del tomador/asegurado, pese al análisis de admisibilidad que se le realiza a la petición incoada, y aunque la misma no fue prospera a los intereses del accionante, las apreciaciones jurídicas que encuadra son de alta relevancia

En el análisis efectuado por la Corte Constitucional se hace especial énfasis en que, si bien en algunas sentencias esta corporación ha considerado como necesaria la realización de un examen médico antes de suscribir el contrato de seguro, independiente del tipo de amparo que se pretenda asegurar, sin embargo, dicho análisis no es acogido por el magistrado ponente, toda vez que dichos pronunciamientos se tratan de sentencias de tutela, las cuales no se pueden establecer como un precedente que unifica conceptos, puesto que solo tienen efectos interpartes.

Ahora bien, este fallo de tutela es reiterativo respecto a la relevancia de la buena fe en los contratos de seguros, dado que independientemente del ramo que se esté suscribiendo, por materializarse el contrato de seguros como un acuerdo de voluntades, no es dable intentar exonerarse de responsabilidad por haberse dejado de solicitar un requisito por la aseguradora.

Es así como insisten los honorables magistrados que la buena fe es exigible a ambas partes, puesto que, si bien la aseguradora puede verificar la existencia de enfermedades preexistentes, también está en cabeza del asegurado mencionar todos los diagnósticos que

---

<sup>1</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

padezca, pues en él radica el conocimiento completo de las enfermedades que ha llegado a padecer durante su vida.

Es relevante mencionar que la exigencia a la aseguradora de los exámenes médicos precontractuales contraria lo contenido en el artículo 1158 del Código de Comercio, que precisamente aclara que no es causal de exclusión de las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio, la no realización del examen médico, toda vez que se destaca en la presente sentencia que el contrato de seguros se encuentra cimentado en el principio de ubérrima la buena fe.

Resalta también la corporación que para que se configure la reticencia e inexactitud no basta con faltar a la verdad, sino que adicionalmente es necesario que por parte del tomador exista mala fe, es decir, que él de forma intencionada omita o tergiversar la información contenida en la declaración del estado del riesgo.

Corroborar si en un caso procede o no la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia, desborda las facultades del juez constitucional, por lo que cuando ocurran estos casos debe acudir directamente a dirimir la controversia judicialmente, dado que cuando se presentan estas situaciones se encuentran en la puja de demostrar quien de las partes omitió el deber legal o infringió la norma

Es así como mediante esta sentencia emitida por la Corte Constitucional, se sienta el argumento que para que se configure la excepción de nulidad relativa del contrato por reticencia, no basta con omitir la información, sino que dicha omisión debe ser de una magnitud tal que contraría el principio de buena fe.

### **Sentencia T-316/2015**

Sala Primera de Revisión

Acción de tutela

Radicado No. T-4698859, T-4712587, T-4707706 y T-4708930.

Fecha: mayo 22 de 2015

Magistrado Ponente: MARIA VICTORIA CALLE CORREA

#### **Hechos relevantes de la sentencia**

En la presente sentencia se proceden a estudiar múltiples acciones constitucionales, de las cuales no se efectuará una transcripción dado su alto volumen.

#### **Consideraciones de la Corte**

El artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación para el tomador de una póliza de declarar aquellas situaciones o circunstancias que resulten de utilidad para determinar su nivel de riesgo. La no declaración de dichas condiciones es conocida como reticencia y su sanción consiste en la nulidad relativa del contrato de seguro. Sin embargo, la Corte ha determinado que cualquier omisión del tomador no puede ser considerada como reticencia, pues la entidad aseguradora está en la obligación de tomar las medidas que considere conducentes para comprobar la información suministrada, la cual debe considerarse cierta en virtud del principio de buena fe, evitando en todo caso, las interpretaciones arbitrarias respecto del contenido del contrato y de los hechos.



[...] es posible sintetizar los deberes de las compañías aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados en cuatro cargas básicas: (i) claridad; (ii) información; (iii) comprobación y (iv) lealtad [...].

Debe tenerse en consideración que reticencia no equivale a pre-existencia, puesto que para que pueda hablarse de la primera se hace necesario probar la mala fe del tomador. [...]

### **Decisión de la Corte**

Se revocan las sentencias de tutela que declaraban la improcedencia de la acción en todos los expedientes, y en su lugar se ordenó el reconocimiento y pago de las pólizas. (Sentencia T-316/15, 2015)

### **Análisis de autores del texto<sup>2</sup>**

En la sentencia en mención se hace el estudio en conjunto de varios fallos de tutela que tienen en común que fueron suscritos con entidades bancarias y que aseguraban el amparo de vida o invalidez.

Consideran los magistrados que la acción constitucional es procedente para solicitar el pago de las reclamaciones por parte de compañías de seguro en el evento que el accionante se encuentre en una situación de debilidad de sus derechos fundamentales, considerándolo el medio idóneo para garantizar que no se vulneren sus garantías básicas.

En esta providencia se analizan precedentes jurisprudenciales en los que se resalta fundamentalmente que la reticencia va de la mano con la mala fe, por lo que recae en cabeza de las compañías aseguradoras demostrar que la declaración otorgada por el asegurado se hizo de manera maliciosa, ya que está en sus manos corroborar la información que pueda afectar el feliz término del contrato.

Igualmente se señala que, si bien el asegurado se encuentra en la obligación de no omitir la verdad al momento de firmar la declaratoria del riesgo, no toda omisión configura directamente reticencia, pues a la aseguradora también le asiste el deber de corroborar la información suministrada, la cual se desarrolla a partir de cuatro cargas que son: claridad; información; comprobación y lealtad.

Entendiendo que dichas cargas buscan que la información otorgada al tomador sea comprensible, igualmente que de la mano de la información brindada se brinde un acompañamiento efectivo a quien suscribe la póliza, se requiere igualmente que una vez que la aseguradora conozca las calidades de quien adquiere el seguro compruebe lo declarado, con la finalidad de evitar los posibles errores que vayan en contravía de la efectiva realización del contrato.

Dentro del desarrollo de la sentencia se presenta como un aspecto relevante por parte de los magistrados la buena fe en los extremos contractuales, puesto que dicha situación es la que dirime la controversia en torno a la reticencia, pues no toda enfermedad preexistente que padezca el asegurado configura por si sola la figura de reticencia.

---

<sup>2</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

Concluye la Corte Constitucional que las cargas de la buena fe y la información no solo recaen en el tomador/asegurado, sino que la aseguradora también debe dar cumplimiento a sus cargas, con la finalidad que los contratos suscritos se cumplan conforme a lo pactado, para así evitar dar cabida a las sanciones por reticencia e inexactitud.

### **Sentencia T-609/16**

Sala Octava de Revisión

Acción de tutela

Radicado No. T-5.653.895

Fecha: noviembre 09 de 2016

Magistrado Ponente: ALBERTO ROJAS RÍOS

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

La señora Laura Juliana Morales Amaya es madre cabeza de familia, y su hijo es menor de edad. La señora Morales Amaya comenzó a notar un desmejoramiento en su estado de salud, por lo que se acercó a adquirir un contrato de seguro de vida que amparara el menor en el evento que ella falleciera o que la asegurara en caso de invalidez.

Al acercarse para adquirir la póliza puso de presente a la compañía Seguros Bolívar copia íntegra de su historia clínica, declarando las enfermedades que padecía, dicha historia clínica fue estudiada por la aseguradora quien aceptó celebrar el contrato.

Por el avance de su enfermedad, la señora Laura Juliana fue calificada por Colpensiones, donde le determinaron una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, por lo que la asegurada se acercó a solicitar el pago de su póliza, la cual fue negada por la compañía aseguradora arguyendo que la desconocían el verdadero estado de salud de la señora Laura, por lo que en su caso se configuraba la nulidad del contrato, situación que generaba que no se diera el reconocimiento de la póliza.

#### **Consideraciones de la Corte**

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia genera la nulidad relativa del contrato puesto que si la entidad aseguradora hubiese sabido de los hechos omitidos por el/la tomador (a) del seguro, habría emitido una póliza más onerosa o se hubiera abstenido de celebrar el contrato. Sin embargo, cuando la inexactitud proviene de un error inculpable o es subsanada por la aceptación de la entidad, el contrato no es nulo. [...]

En este sentido, es claro que lo que el legislador buscaba con la inclusión de dicha figura dentro de la normativa comercial, era privilegiar la buena fe de los contratantes e imponer una sanción a quien no actúe conforme a dicho principio. Por lo anterior, las sanciones estipuladas en el Código de Comercio se encuentran dirigidas a quienes subjetivamente hayan actuado de manera deshonesta. Así las cosas, la reticencia siempre implica mala fe en la conducta del tomador del seguro, toda vez que es eso lo que se castiga, “no simplemente un hecho previo celebración del contrato” [...]

#### **Decisión de la Corte**

Revocar el fallo de segunda instancia que confirmó el de primera y en su lugar ordenó el pago del monto de la póliza. (Sentencia T-609/16, 2016)

### **Análisis de autores del texto<sup>3</sup>**

En la presente sentencia consideran los magistrados que por tratarse de una persona de especial protección es procedente analizar el conflicto sobre la reticencia mediante sentencia de tutela, puesto que, aunque se presente un desacuerdo sobre si hay lugar o no a reconocer la indemnización, hay de por medio derechos fundamentales que pueden ser vulnerados, por lo que la acción de tutela se convierte en un medio expedito para resolver lo pretendido.

Se resalta que el contrato de seguros posee elementos esenciales sin los que no sería viable que dicha figura produjera efectos, resaltando especialmente que por tratarse de un acuerdo de voluntades en el que todas las partes adquieren obligaciones.

Dentro del análisis que se efectúa en la sentencia se hace claridad que la figura de la reticencia busca salvaguardar el mayor valor que tendría que asumir la aseguradora por una declaración que dista la realidad, situación que es sancionada por el legislador con la figura de la nulidad relativa del contrato, igualmente con esta sanción se pretende mantener indemne la buena fe contractual.

Sin embargo, se presentan situaciones en las que por parte de la aseguradora se pueden subsanar esos errores en la declaración, lo cual es aceptado por parte de la compañía aseguradora, quien decide continuar asegurando el riesgo contratado aun cuando tiene conocimiento de que inicialmente hubo un desacierto en la información suscrita.

Ha sido reiterada la Corte al mencionar que los contratos de seguros se basan en la buena fe de los contrayentes, por lo que necesariamente para ser aplicable la sanción por reticencia se requiere de un actuar contrario a dicho principio, esto es, que necesariamente se debe probar la mala fe del tomador del seguro.

Se nota en las consideraciones como las sanciones por reticencia no son dirigidas de manera general, contrario a ello, cada caso en el que se pretenda alegar la nulidad del contrato de seguro por reticencia deberá analizarse de forma minuciosa, a fin de determinar a qué parte le corresponde la carga probatoria y sobre quien recaerán los efectos adversos de la sentencia.

### **Sentencia T-660/17**

Sala Segunda de Revisión

Acción de tutela

Radicado No. T-5.813.243 y acumulados

Fecha: octubre 30 de 2017

Magistrado Ponente: LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

En la presente sentencia se proceden a estudiar múltiples acciones constitucionales, de las cuales no se efectuará una transcripción dado su alto volumen.

---

<sup>3</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

### **Consideraciones de la Corte**

[...] desde la doctrina, se ha señalado que la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, se fundamenta en dos características esenciales: (i) el principio de extrema buena fe y (ii) la necesidad de proteger la naturaleza aleatoria del contrato de seguro.

En otras palabras, este negocio jurídico se estructura sobre la ocurrencia de un riesgo, que puede o no suceder, a partir del cual la aseguradora se obliga a asumir el cumplimiento de una determinada prestación (v.gr. cancelar una suma de dinero). En tal virtud, la etapa precontractual juega un papel esencial en la determinación del objeto y costo del contrato, toda vez que es el momento en el que el tomador de la póliza pondrá en conocimiento del asegurador el estado del riesgo que se pretende garantizar y, a su vez, éste podrá calcular el valor de prima. [...]

En todo caso, en criterio de la Corte, cabe aclarar que la nulidad relativa del contrato pretende castigar la mala fe en el comportamiento del tomador, motivo por el cual la relación contractual no podrá ser declarada nula por la sola omisión en el suministro de cualquier información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria realizada de lugar a un actuar contrario a los postulados de la buena fe, que tenga la entidad de retraer el negocio celebrado o que, de ser conocida por el asegurador, hubiese llevado a estipular condiciones más onerosas.

### **Decisión de la Corte**

Confirmar todos los fallos de tutela. (Sentencia T-660/17, 2017)

### **Análisis de autores del texto<sup>4</sup>**

En dicha sentencia se estudian en conjunto múltiples fallos de tutela, resaltando de dicha jurisprudencia lo relativo a que pese a que el estudio central de la reticencia, se centra en el cumplimiento o incumplimiento del principio de la buena fe, de la mano de dicha disposición viene lo concerniente a que, aunque se menciona la posición dominante de la aseguradora, no se es ajeno a que por tratarse de un negocio en masa merece una especial protección, toda vez que su rentabilidad se encuentra en la suscripción masiva de contratos.

Es preciso señalar que se requiere analizar si la información que fue dejada de declarar por parte del tomador tiene nexo causal con las circunstancias que dieron lugar a la ocurrencia del siniestro. Adicionalmente debe revisarse si la situación no declarada era de una magnitud tal que, de haberse conocido, la aseguradora o bien no hubiese suscrito el contrato o hubiera presentado unas condiciones más costosas.

Con base en lo anterior se requiere efectuar un análisis de causalidad para determinar el verdadero riesgo que se está contratando con la póliza, situación que deberá analizarse no de manera general sino efectuando un estudio minucioso de cada una de las reclamaciones que son presentadas a la aseguradora.

En el análisis de los distintos fallos de tutela concuerdan los magistrados en que necesariamente se requiere revisar la efectividad de la relación causal, puesto que dicha situación

---

<sup>4</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

es la que marca la hoja de ruta a seguir, pues con base en dicha información es que se toman decisiones por parte de las compañías aseguradoras, pues desde la aleatoriedad se requiere que no existan por alguno de los contratantes circunstancias que contravengan la naturaleza del contrato de seguro.

Se resalta igualmente que por tratarse de un contrato que se cimienta en la buena fe, las partes deben brindar toda su disposición para que la ejecución del contrato sea lo más equitativa posible, pues se pretende que ninguna de las partes se encuentre en desventaja.

La reticencia no solo busca proteger el patrimonio de las aseguradoras, sino que también busca amparar la naturaleza del contrato de seguros, pues al tomador faltar a la verdad en la declaratoria del estado del riesgo, le está quitando la característica de ser un contrato aleatorio, puesto que el tomador ya conoce el resultado de suscribir el negocio jurídico, el cual será la indemnización.

### **Sentencia T-272/2018**

Sala Octava de Revisión

Acción de tutela

Radicado No. T- 6611750

Fecha: julio 13 de 2018

Magistrado Ponente: JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

El señor Jorge Alberto Neira Parra presentó una acción de tutela contra la decisión adoptada por el Tribunal, en sentencia que pretendía la indemnización por haberse configurado el riesgo de incapacidad.

La acción de tutela se funda en que se concedió por parte del Tribunal el reconocimiento de la excepción de prescripción, misma que no fue alegada por el demandado en la contestación, sino que se reconoció de oficio.

#### **Consideraciones de la Corte**

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, entiende la Sala que si bien el tomador es responsable de informar las particularidades que definen los alcances del riesgo, también reconoce que las aseguradoras tienen el deber de diligenciar correctamente los documentos en los cuales se advierte una preexistencia o de cualquier situación que pueda llegar a concretar la exclusión de determinando beneficio en el origen del vínculo contractual [...]

En esa medida, la consumación del contrato de seguro se debe al comportamiento de las partes, las cuales deben actuar con honestidad, antes, durante y después de la suscripción y ejecución de la relación contractual, en atención al cumplimiento de las cargas y deberes señaladas taxativamente, teniendo en cuenta que de ello se deriva la validez y la correcta aplicación de las cláusulas allí contempladas. [...]

#### **Decisión de la Corte**

Confirmar el fallo que negó el amparo de los derechos fundamentales. (Sentencia T-272/18, 2018)

## **Análisis de autores del texto<sup>5</sup>**

Pese a que la Corte en el desarrollo de la jurisprudencia ha sostenido que la base fundamental de los contratos de seguros es la ubérrima buena fe, igualmente, destaca que a las partes les asisten cargas que están en la procura de llevar a feliz término el objeto del contrato, toda vez que, aunque el tomador deba declarar de manera sincera el estado del riesgo, la aseguradora debe procurar si avizora alguna causal de nulidad del contrato sanearla para lograr el cumplimiento del contrato.

Es así como se establecen deberes y obligaciones que se encuentran en cabeza de cada una de las partes que intervienen en el contrato de seguro, es por esto que dichas obligaciones se encuentran presentes en todas las etapas del contrato, esto con la finalidad de salvaguardar el objeto contractual.

Se menciona que dichos deberes y obligaciones deben estar sujetos a la buena fe contractual, puesto que la igualdad en la relación contractual la determina la veracidad en la información otorgada por la otra parte.

La ley determina las facultades del juez para proponer excepciones en los contratos de seguro, específicamente respecto a las excepciones de oficio que puede aplicar, es así como se menciona que la nulidad relativa no puede ser declarada de oficio, sin embargo, cuando se evidencie que existe una exclusión dentro de la narración de los fundamentos facticos si habrá lugar que sea reconocida dicha exclusión de manera oficiosa

Véase pues, como recae en la aseguradora la carga de proponer como medio exceptivo la nulidad relativa por reticencia, cuando pretenda hacer uso de la misma, toda vez que no podría ser declarada de oficio porque se excederían las facultades del juez en lo concerniente a los contratos de seguro.

### **Sentencia T-027/19**

Sala Novena de Revisión

Acción de tutela

Radicados No. T-6.563.653, T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194, acumulados.

Fecha: enero 30 de 2019

Magistrado Ponente: ALBERTO ROJAS RÍOS

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

En la presente sentencia se proceden a estudiar múltiples acciones constitucionales, de las cuales no se efectuará una transcripción dado su alto volumen.

#### **Consideraciones de la Corte**

Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe. Por ésta se entiende, de

---

<sup>5</sup> Entiéndase autores del texto a Ylda Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales [...]

La aseguradora tiene la obligación de redactar de manera precisa y taxativa todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier tipo de ambigüedad, por cuanto, en el ejercicio de su posición dominante, es la parte que elabora el contrato de seguro, de tal suerte que el tomador o asegurado se resignan a quedar sometidos al clausulado contractual establecido e impuesto por la aseguradora.

La aseguradora tiene la obligación de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado.

En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello. [...]

### **Decisión de la Corte**

Las decisiones en los distintos fallos de tutelas que trata esta sentencia ordenan a distintas entidades el cumplimiento, sin embargo, en todas se revoca la sentencia objeto de estudio. (Sentencia T-027/19, 2019)

### **Análisis de autores del texto<sup>6</sup>**

Se precisa en la presente sentencia que para que se configure la reticencia necesariamente se requiere que exista mala fe por parte del tomador o asegurado, dado que se pretende de su parte evitar que se impongan condiciones que incrementen el valor de la prima.

La línea jurisprudencial de la Corte es consecuente en sus fallos respecto a la configuración de la sanción de reticencia e inexactitud, sin embargo, en esta sentencia se hace una diferenciación que ayuda a esclarecer la aplicación de la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro.

Se señala que existe una distinción entre la reticencia y la inexactitud, toda vez que la reticencia se refiere a la distinción que hay entre la información que se plasmó en la declaración del estado del riesgo y los diagnósticos reales del tomador. Mientras que la reticencia se encuentra anclada a la mala fe, pues necesariamente busca ocultar información.

---

<sup>6</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

Es así, como pese a que la reticencia e inexactitud están contenidas en el mismo artículo, las mismas se diferencian en cuanto al carácter y la intención con la que el tomador suscribe el estado del riesgo, porque en la inexactitud podríamos hablar de culpa, mientras que en la reticencia necesariamente estamos frente al dolo, pues quien realiza la declaración tiene pleno conocimiento que declarar la verdad de su estado de salud cambiaría las condiciones contractuales.

Igualmente se resalta que no toda la responsabilidad se encuentra en cabeza del tomador/asegurado, puesto que también se requiere por parte del asegurador el cumplimiento de obligaciones que se presentan desde la redacción de la declaración del riesgo, pues la misma debe darse en un lenguaje comprensible que no conlleve a que se presenten errores en la información suscrita.

La aseguradora dentro de la etapa precontractual tiene a su disposición elementos que le brindan una mayor certeza, dado que puede solicitar la práctica de exámenes médicos o efectuar la corroboración de la historia clínica a fin de llenarse de conocimiento sobre el verdadero estado del riesgo.

Sin embargo, no es de obligatorio cumplimiento la realización de alguna de las opciones informadas en el párrafo anterior, pero si se desiste de ellos, se deberá probar la mala fe del tomador/asegurado, pues como ha sostenido la Corte no basta con la simple preexistencia, sino que la misma deberá estar atada a la mala fe.

## **2.2 Corte Suprema de Justicia**

### **Sentencia SC4574-2015**

Sala de Casación Civil

Radicado No. 11001-31-03-023-2007-00600-02

Fecha: abril 21 de 2015

Magistrado Ponente: Fernando Giraldo Gutiérrez

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

El señor Jorge Flórez Vargas trabajo para Ecopetrol por más de 26 años y se pensiono el 15 de septiembre de 2004.

El señor Jorge Flórez Vargas se afilio a Cavipetrol (Corporación de los Trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos) desde el día 23 de enero de 1980 y en esa misma fecha adquirió un seguro de vida colectivo contratado por la entidad, dejando como beneficiaria a su esposa Zunilda Meza Pérez, pero luego de su separación cambio de beneficiaria y dejo a las promotoras.

El señor Jorge Flórez Vargas falleció el 8 de diciembre de 2005, este siempre estuvo asegurado por diversas aseguradoras, pero el tomador siempre fue Cavipetrol.

Al señor Jorge Flórez Vargas se le informo oportunamente el cambio de aseguradora que en adelante respaldaría la póliza para la vigencia de 1 de julio de 2004 a 1 de julio de 2005, lo cual se haría en las mismas condiciones que la anterior.

El día 14 de febrero de 2006 fue objetada la reclamación para el pago del seguro de vida argumentando que desde el año 1994 el señor Jorge Flórez Vargas padecía una



enfermedad que finalmente le ocasiono la muerte, alegando así la “nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia del asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad”.

El señor Jorge Flórez Vargas se sometió a exámenes médicos el día 18 de noviembre de 2005 y el resultado fue satisfactorio por lo que no considero necesario informarle a Cavipetrol o a Liberty Seguros S.A. el resultado de estos.

El Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Descongestión de Bogotá fallo en contra de las demandantes, pero el tribunal revoco la decisión y condeno a Liberty Seguros S.A al pago del seguro de vida.

Las beneficiarias del señor Jorge Flórez Vargas a raíz de su fallecimiento, solicitaron el pago del seguro de vida de la póliza tomada por Cavipetrol con Liberty Seguros S.A.

La aseguradora Liberty Seguros S.A., interpone el recurso extraordinario de casación frente a la sentencia proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá.

### **Consideraciones de la Corte**

Manifiesta la Corte que en este caso se encuentra probado el nexo contractual y la ocurrencia del siniestro, pues las circunstancias del fallecimiento del señor Jorge Flórez Vargas encaja dentro del riesgo asegurado y nada tiene que ver las excepciones que propuso la aseguradora al manifestar que el vínculo estaba viciado de nulidad por reticencia.

De acuerdo con lo anterior, la Corte se refiere a lo manifestado en la Sentencia S-102 de 24 de septiembre de 2003, rad. 6896, la cual establece que:

“[...] cuando el demandado asume una actitud netamente defensiva, o sea, cuando su réplica a la demanda se contrae a negar los fundamentos de derecho aducidos por su adversario, o a objetar la veracidad de los supuestos de hecho que aquel expone, el juzgador, al estudiar los diversos elementos definidores de la pretensión y las condiciones de prosperidad de la misma, se pronuncia tácitamente sobre la oposición del demandado [...] Subsecuentemente, si éste, como aquí acontece, basó su defensa, cuya ambigüedad y vacilación son, en todo caso, palpables, en la “falta de razón fáctica o de hecho” de la demanda y el fallador, por el contrario, encontró probados los hechos que la sustentan, al estimar las pretensiones de la demanda, está denegando implícitamente la oposición del demandado [...]”.

Por las razones antes expuestas, considera la Corte que el sentenciador obro de manera acertada cuando ordeno a la aseguradora el pago del seguro a las beneficiarias.

### **Decisión de la Corte**

NO CASA la sentencia de 3 de octubre de 2012, proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, dentro del proceso ordinario de Martha Rocío Cabeza Vargas y Rosa Vargas viuda de Flórez en contra de Liberty Seguros S.A. y Corporación de los Trabajadores de la Empresa Colombiana de Petróleos – Cavipetrol. (Sentencia SC4574-2015, 2015)

## **Análisis de autores del texto<sup>7</sup>**

Este caso la Corte Suprema avala la decisión del Tribunal, pues estamos frente al contrato de seguros de vida colectivo, el demandado en su contestación ataco las pretensiones del demandante, alegando “inexistencia de obligación de indemnizar por nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia del asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad” (Sentencia SC4574-2015, 2015, p. 4); sin embargo, la corte en su análisis encuentra que si existe el nexo contractual y la ocurrencia del siniestro, así quedó demostrado en el examen realizado al asegurado después de su fallecimiento, estimando la corte que el suceso cuenta con plena cobertura y la causa de la muerte del asegurado encajaba dentro del “riesgo asegurado”.

Al respecto expresa la Corte que, la aseguradora tomo una actitud defensiva frente a la demanda, desconociendo los fundamentos de derecho que sustentan las pretensiones y sustentando su defensa en supuestos de hecho que en nada desestiman los hechos y pruebas de la demanda; y al respecto manifiesta que:

corresponde al contendiente que estima lesionados sus intereses precisar en qué consiste la infracción y cuáles son las medidas necesarias para obtener una satisfacción plena, sin que pueda modificar sus planteamientos al vaivén del debate, distorsionando así las reglas del juego previamente establecidas. (Sentencia SC4574-2015, 2015, p. 15)

Añadió la corte que, para alegar reticencia e inexactitud en defensa por la reclamación del seguro, las aseguradoras deben probar que no existe nexo entre el contrato y la ocurrencia del siniestro, pues en este caso en concreto la defensa de la aseguradora fue ambigua y sin argumentos sólidos en la negación del pago de la reclamación del beneficiario de la póliza.

### **Sentencia SC2803-2016**

Sala de Casación Civil

Radicado No. 05001-31-03-003-2008-00034-01

Fecha: marzo 4 de 2016

Magistrado Ponente: Fernando Giraldo Gutiérrez

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

La aseguradora de vida Colseguros S.A., expidió póliza de seguro de vida en la cual el tomador y asegurado es el señor Fernando Enrique Calderón dejando como beneficiaria a su esposa Olga Cecilia Pardo Jaramillo, esto de conformidad con 4 certificados individuales, con un amparo por muerte de \$52.425.000 cada uno y con una vigencia de un año, bajo la póliza matriz de vida grupo N° 4163849 y la póliza matriz de vida grupo N° 3855410 por \$70.000.000 según certificado individual.

El señor Fernando Enrique Calderón fue hospitalizado en la clínica las Américas el día 12 de septiembre de 2006 y fallece el 14 de septiembre de 2006 a causa “falla multisistémica”, “severa hipertensión intraabdominal” e “isquemia severa intestinal”.

---

<sup>7</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

La cónyuge señora Olga Cecilia Pardo Jaramillo, solicito a la aseguradora el pago de los seguros, como soporte presento la historia clínica y copia de las pólizas.

La aseguradora de vida Colseguros S.A objeto la solicitud alegando la nulidad relativa del contrato de seguros, con base en el artículo 1081 del Código de Comercio, toda vez que el asegurado no informo que padecía enfermedades existentes las cuales debían ser evaluadas por la aseguradora para tomar la decisión si asume o no el riesgo de suscribir la póliza de seguros de vida.

La señora Olga Cecilia Pardo Jaramillo presento demanda en contra de la aseguradora Colseguros S.A., la cual conoció el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Medellín en primera instancia fallo en favor de la aseguradora y el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín Sala Civil, en segunda instancia confirmo lo resuelto en primera instancia.

La demandante solicita se declare el incumplimiento de la aseguradora en los 5 seguros tomados por el señor Fernando Enrique Calderón por valor de \$279.700.000, más los intereses moratorios causados, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio.

### **Consideraciones de la Corte**

Considera la corte que, el silencio del señor Fernando Enrique Calderón al momento de diligenciar los formularios supone un vicio en la declaración al ocultar, en concreto, su enfermedad de hipertensión, sin desconocer que este padecimiento es constante y de atención permanente, aun cuando esté controlada, la cual le había sido descubierta y estaba en tratamiento desde 5 años atrás.

Establece la Corte que, de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio “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”.

Manifiesta la Corte que, incluso es evidente la mala fe de la demandante, toda vez que desde que presento la reclamación a la aseguradora, alega que la manifestación de “estar bien y saludable” daba cuenta de cómo se sentía en ese instante y no de sus padecimientos anteriores de salud y en todo momento alego como prueba los certificados individuales que no fueron firmados por el asegurado.

Con relación a los certificados individuales, la Corte argumento que estos fueron aportados y 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”.

Alude la Corte que la carga de declarar sincera y completa la situación del riesgo que se pretende amparar, la tiene el tomador y esto le permite al asegurador tomar la decisión de celebrar el contrato y si el mismo es más oneroso, manifestando además que, esta

información por parte del tomador o asegurado debe ser constante y es su obligación mantener informado a la aseguradora de los cambios que sean relevantes.

### **Decisión de la Corte**

NO CASA la sentencia del 27 de febrero de 2014 proferida por la Sala Primera de Decisión Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín. (Sentencia SC2803-2016, 2016)

### **Análisis de autores del texto<sup>8</sup>**

En esta sentencia la Corte Suprema considero a la luz del artículo 1058 del Código de Comercio, que el tomador de la póliza es quien tiene el deber de manifestar, sin tapujos y de manera precisa el estado de salud del tomador o asegurado, esto con el fin de que el asegurador dimensione la obligación que adquiere, en el evento que ocurra el suceso que se quiere proteger, o en su defecto, decida si acepta celebrar el contrato o si el mismo es más oneroso.

Resalta la corte que, cuando se falta a la verdad en la declaración del estado del riesgo al momento del contrato, sobre aspectos de su pleno conocimiento, este acto carece de buena fe, por lo que el asegurador puede alegar, en caso de una reclamación, la nulidad relativa del contrato de seguro.

Por lo anterior, para las aseguradoras, cada pregunta del formulario que le ponen de presente al asegurado para su firma, es de suma importancia para determinar si se hace efectivo la celebración del contrato, por ende, el intermediario de seguros es quien hace inicialmente una investigación sobre la veracidad de la información y evitar en cierta forma que el asegurado por error involuntario omita hechos relevantes para la aseguradora

### **Sentencia SC18563-2016**

Sala de Casación Civil

Radicado No. 05001-31-03-017-2009-00438-01

Fecha: diciembre 16 de 2016

Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

El señor MARCELINO SALAZAR RIVERA suscribió un contrato de seguros de vida bajo la póliza No. 3456422 con la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.,

El señor MARCELINO SALAZAR RIVERA fue asesinado con arma blanca el día 8 de febrero de 2009.

La beneficiaria señora DIANA PATRICIA SALAZAR RIVERA presento la reclamación a la aseguradora la cual fue objetada argumentando la reticencia o inexactitud que generan una nulidad relativa, de conformidad con el artículo 1058 del Código de

---

<sup>8</sup> Entiéndase autores del texto a Ylda Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

Comercio, y alego además que el hecho por muerte accidental estaba excluido de la póliza.

En primera instancia el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín, condeno a la aseguradora a pagar a la señora DIANA PATRICIA SALAZAR RIVERA la suma de \$100.000.000 más intereses moratorios.

En segunda instancia el Tribunal Superior de Medellín, Sala Civil revoco el fallo manifestando que aplica la nulidad relativa del contrato de seguro, alegada por la demandada en la contestación de la demanda y condeno en costas a la parte actora. El ad quem soporto sus decisiones en los artículos 83 de la Constitución Política, artículo 871 del Código de Comercio y el artículo 1058 del estatuto mercantil.

La beneficiaria del seguro de vida, señora DIANA PATRICIA SALAZAR RIVERA solicito el pago de la póliza por valor de \$200.000.000 y los intereses moratorios de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio, a raíz de la muerte del tomador y asegurado, señor MARCELINO SALAZAR RIVERA.

### **Consideraciones de la corte**

Considera la Corte que, el ad quem en su análisis decreto la nulidad relativa de manera acertada teniendo en cuenta que el litigio cumplía con los elementos estructurales de ese fenómeno jurídico, como lo fueron la inexactitud con relación a su actividad económica y sus ingresos, omitió el consumo de drogas estimulantes y el tratamiento para el alcoholismo y la drogadicción, antecedentes todos que quedaron probados con la entrevista que se le hizo a la beneficiara en la cual acepto que su hermano se dedicaba al “reciclaje y en ocasiones era indigente”. Anotando además que la aseguradora “de haber conocido la realidad de su situación personal, laboral y de salud, no habría brindado cobertura a su vida o hubiese celebrado el contrato, pero en condiciones más onerosas”.

Alude la Corte que a la luz del artículo 1158 del Código de Comercio, así el asegurador no exija el examen médico, el asegurado no queda exento de sus obligaciones de conformidad con el artículo artículo 1058 ni de las consecuencias que su actuar ocasione, entendiéndose que es tomador y asegurado quien debe ser sincero con los hechos y circunstancias que serán materia del contrato, teniendo en cuenta que es el único obligado a declarar el “estado de riesgo”, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio.

De conformidad con lo anterior, considera la Corte que en este caso y como lo manifestó el ad quem, no opera la “hipótesis exceptiva fijada en el inciso 4º del comentado artículo 1058 del Código de Comercio, esto es, que la empresa aseguradora, antes de la celebración del contrato, hubiese ‘conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración’, previsión que no tiene el alcance de atribuirle a ella, como deber, el de constatar, en todos los casos, la veracidad de la declaración de asegurabilidad y, mucho menos, el de impedir que se consolide la sanción de nulidad relativa del contrato, cuando el asegurador no actúa de esa forma”.

### **Decisión de la Corte**

NO CASA la sentencia del 11 de abril de 2013, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, Sala Civil. (Sentencia SC18563-2016, 2016)

## **Análisis de autores del texto<sup>9</sup>**

Reitera la Corte Suprema que cuando se adquiere un seguro el tomador o asegurado es quien tiene la carga de manifestar con transparencia su estado de riesgo, no puede por ningún motivo omitir sus enfermedades preexistentes y de igual manera, estará obligado a informar a la aseguradora en caso de ocurrir cambios que puedan alterar las condiciones del contrato.

Es claro al manifestar que el asegurador no está obligado a exigir el examen médico para perfeccionar el contrato artículo 1150 del Código de Comercio, pero la falta de información por parte del tomador o asegurado en la declaración del riesgo no le exime de las acciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Igualmente, el asegurado o tomador de la póliza está obligado a declarar sincera y completa, no solamente su estado de salud, sino que también deberá manifestar cuál es su profesión o en su defecto cuál es su ocupación, pues si bien no es una causal para negar la celebración del contrato, si es importante hacer un estudio del riesgo que tiene por las funciones que realiza.

Cabe anotar que las aseguradoras en ocasiones, no solamente desisten de firmar un contrato de seguros de vida, por el estado de salud del asegurado o tomador, sino también por aspectos como lo es su trabajo, toda vez que hay personas que tienen una profesión de alto riesgo y no permiten ser aseguradas.

### **Sentencia SC5297-2018**

Sala de Casación Civil

Radicado No. 76001-31-03-012-2007-00217-01

Fecha: diciembre 6 de 2018

Magistrado Ponente: Arnoldo Wilson Quiroz Monsalvo

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

La señora María Eugenia Sendoya de Beltrán suscribió el día 1 de julio de 2000, a través de Bancolombia una póliza de vida ideal expedida por la Compañía Suramericana de seguros de vida S.A, dejando como única beneficiaria a su hija Flor Alba Beltrán Sendoya.

El contrato fue renovado hasta el día 8 de marzo de 2007 y la beneficiaria presento reclamación el día 17 de abril siguiente.

La aseguradora objeto alegando que la asegurada fue reticente en su declaración y no obro de buena fe.

Asegura la beneficiaria señora Flor Alba Beltrán Sendoya que el contrato se suscribió hace más de 5 años por lo tanto ya le prescribió a la aseguradora el derecho de alegar la nulidad relativa por reticencia.

---

<sup>9</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

Al proceso se acumularon Efraín y Diego Hernán Beltrán Sendoya, que cursaba en el Juzgado 13 Civil del Circuito de Cali.

El día 23 de octubre de 2006, la asegurada modificó sus beneficiarios y dejó únicamente, a Efraín y Diego Hernán Beltrán Sendoya.

La señora María Eugenia Sendoya de Beltrán falleció el día 8 de marzo de 2007

Se presentó la respectiva reclamación, pero la aseguradora objetó alegando reticencia de la asegurada.

El Juzgado doce Civil del Circuito de Cali, falló en contra de las demandantes, alegando falta de legitimación en la causa por activa y nulidad relativa, pero el tribunal revocó la decisión y condenó a la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A al pago del seguro de vida.

La señora Floralba Beltrán Sendoya, en condición de beneficiaria, solicitó el pago del seguro de vida de la póliza tomada con la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., por valor de \$107'495.424, más intereses comerciales moratorios.

La Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., interpuso el recurso extraordinario de casación frente a la sentencia proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali.

### **Consideraciones de la Corte**

Manifiesta la Corte que existen dos modalidades en la prescripción derivadas del contrato de seguros, la primera la ordinaria que es de orden subjetivo y la extraordinaria que es de orden objetivo, aplica para todas las personas con un plazo de 5 años contados a partir del momento que nace el derecho, de acuerdo a lo anterior, la jurisprudencia ha establecido que el artículo 1081 del Código de Comercio prevé que “la prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes”.

### **Decisión de la Corte**

NO CASA la sentencia proferida el 4 de abril de 2013, aclarada el día 29 del mismo mes y año, por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali. (Sentencia SC5297-2018, 2018)

### **Análisis de autores del texto<sup>10</sup>**

Considera la Corte Suprema que, es acertada la interpretación y aplicación que hace el ad quem, con relación a la prescripción extintiva del contrato de seguros y que no incurrió en error al manifestar que la aseguradora no es acertada cuando alega nulidad relativa del seguro por reticencia e inexactitud por parte del tomador, toda vez que la prescripción se cuenta desde la

---

<sup>10</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

celebración del contrato, porque es en ese momento que la aseguradora conoce o debió conocer la inexactitud que hasta ahora pone de presente.

Añadió la corte que de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio la prescripción extraordinaria se cuenta desde el momento mismo del siniestro, o en caso de vicio por reticencia o inexactitud, se cuenta desde cuando se perfecciono el contrato viciado.

Para tal efecto, en los casos en los que la aseguradora alegue en proceso que existe, por parte del asegurado, reticencia o inexactitud al momento de la suscripción del contrato, deberá probarlo, y en tal sentido demostrar que no tenía como saber del hecho si no es informado por el asegurado.

### **Sentencia SC3791-2021**

Sala de Casación Civil

Radicado No. 20001-31-03-003-2009-00143-01

Fecha: septiembre 1 de 2021

Magistrado Ponente: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

El día 19 de enero de 2008 el señor Manuel Antonio Palacio Torres sufrió un accidente de tránsito sufriendo lesiones graves que lo llevaron a una pérdida de capacidad laboral del 96.59% de conformidad con lo certificado por la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, el día 22 de agosto de 2008.

El asegurado presentó reclamación a la aseguradora BBVA la cual fue objetada,

En el proceso de primera instancia el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar condenó a la entidad aseguradora a pagar las sumas aseguradas con intereses moratorios.

En segunda instancia, el Tribunal confirmo la decisión de primera instancia-

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

#### **Consideraciones de la Corte**

La Corte en esta sentencia se manifiesta con relación a “la uberrimae bona fidei” que le obliga tanto al tomador o asegurado como al asegurador, si bien es al asegurado o tomador al que le obliga expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, al asegurador también le corresponde una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de “pesquisa” como ya los había exigido al interpretar el artículo 1058 del Código de Comercio.

La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Según la doctrina, la sanción de nulidad relativa del seguro solo se produce si los vicios de la declaración del estado del riesgo son “relevantes”. Para la Jurisprudencia Constitucional, “siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo”.

Si el asegurador alega la sanción de nulidad le corresponde entonces la carga de la prueba. El Código de Comercio en su artículo 1058 nos habla de la postura que deben tomar tanto



el tomador o asegurado con respecto de las reticencias o inexactitudes en la descripción del estado del riesgo; y la postura del asegurador, conocidas esas inconsistencias, pues está en todo su derecho de no celebrar el contrato, o puede estipular condiciones más onerosas. Ambos hechos son los que, como se dice el inciso final del mismo artículo, “producen la nulidad relativa del seguro”.

En síntesis y siguiendo la posición de la Corte, la aseguradora es quien ostenta la parte dominante y quien plantea las condiciones del contrato, por lo tanto sus deberes son superiores, es así que, teniendo en cuenta el principio pro consumatore, en caso de encontrarse cláusulas ambiguas siempre se tienen a favor del asegurado o tomador, esto de conformidad con el artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 del Código Civil.

### **Decisión de la Corte**

NO CASA la sentencia de 18 de diciembre de 2013, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil-Familia de Descongestión. (Sentencia SC3791-2021, 2021)

### **Análisis de autores del texto<sup>11</sup>**

La Corte ha manifestado en esta sentencia que, en los contratos de seguros, las aseguradoras se encuentran en la posición dominante y por ello sus deberes también son superiores, pues más que el asegurado, son ellas las que conocen las consecuencias de un obrar malicioso o de mala fe, apoyados en esta teoría, se ratifica en que las aseguradoras ostentan un deber de hacer ciertas verificaciones antes de perfeccionar el contrato.

De conformidad con lo anterior, es la aseguradora quien puede conocer con certeza si con la información brindada por el asegurado o tomador el contrato se pueda celebrar, o si lo haría, pero más oneroso o por el contrario se abstiene de celebrar el contrato.

En este orden de ideas aquel que pretenda probar un vicio le atañe aportar la prueba, si la aseguradora alega reticencia o inexactitud, para pedir una nulidad relativa del seguro, tiene que probar que de haber conocido el estado de riesgo se hubiera retraído de celebrar el contrato y que no tuvo como saber el actuar malicioso del asegurado o tomador.

Para las aseguradoras la labor que hacen los intermediarios de seguros es de vital importancia, pues son ellos los que conocen de primera mano la situación del asegurado o tomador y están capacitados para hacer el estudio correspondiente a la veracidad de la declaración de asegurabilidad hecha por el asegurado.

Si bien la aseguradora ostenta la parte dominante, no está dejando desamparado al asegurado en lo que se refiere al asesoramiento al momento de suscribir el contrato, pues está claro que en esta relación contractual el asegurado tiene pleno conocimiento que debe obrar de buena fe, y para ello debe ser claro y sincero al momento de contestar las preguntas que son requisito indispensable para la firma del contrato de seguros.

### **Sentencia SC4904-2021**

Sala de Casación Civil

---

<sup>11</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

Radicado No. 66001-31-03-003-2017-00133-01

Fecha: noviembre 4 de 2021

Magistrado Ponente: OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

### **Hechos relevantes de la sentencia:**

El señor Juan Francisco Ochoa Correa suscribió un contrato de seguro de viga con Seguros de Vida Suramericana S.A. dejando como beneficiarios a su esposa María Rubiela Noreña Orozco y a sus hijos Claudia Johana Ochoa Noreña y Francisco Alejandro Ochoa Noreña.

El día 27 de enero de 2015 el señor Juan Francisco Ochoa Correa falleció a causa de una “insuficiencia respiratoria aguda”

Los beneficiarios radicaron en Bancolombia, tomador de la póliza, la reclamación dirigida a Seguros de Vida Suramericana S.A., pero la aseguradora objetó el amparo alegando reticencia por parte del asegurado por no dar a conocer los problemas cardiovasculares que padecía desde 2001

Los beneficiarios citaron a las demandadas el día 1 de abril de 2016, a audiencia de conciliación extrajudicial la cual fue fallida.

Los beneficiarios presentaron demanda y el a quo accedió a las pretensiones de la demanda y condenó a la aseguradora a pagar a Bancolombia como beneficiario de los créditos del señor Juan Francisco Ochoa Correa.

El Superior declaró desierto el recurso de los accionantes y al resolver el propuesto por su opositora, revocó el fallo impugnado. En su lugar, declaró próspera la excepción de prescripción propuesta por Seguros de Vida Suramericana S.A. y negó las súplicas de la demanda.

Solicitaron los accionantes se declare la existencia y validez del contrato de seguros de vida grupo deudores suscrito con Seguros de Vida Suramericana S.A.

### **Consideraciones de la Corte**

Por tanto, la expresión “contra toda clase de personas”, que en relación con la prescripción extraordinaria contempla el inciso 3° del tantas veces citado artículo 1081 del estatuto mercantil, no tuvo por fin circunscribir esa precisa forma de extinción de las acciones, a una o unas específicas y, mucho menos, a las que surjan con ocasión del seguro de daños, como tampoco significa que esa modalidad prescriptiva sólo opera respecto de ciertos interesados, en particular los beneficiarios, pues la amplitud del precepto deja en claro que ambas clases de prescripción, por regla, se aplican a la generalidad de las acciones que tienen fuente en el negocio asegurativo o en la normatividad a que él está sometido y que operan en pro o en contra de todo interesado, no siendo entonces de recibo en esta materia la hermenéutica que efectúa el censor en su demanda casacional, como se anticipó.

Manifiesta la Corte que, de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio, en el presente asunto que cuando se presentó la demanda, ya había transcurrido el tiempo para alegar la prescripción ordinaria, y teniendo los beneficiarios pleno conocimiento de la fecha del siniestro ya no era prospera la acción invocada, alude además la Corte que eran los demandantes los más interesados en hacer efectiva la póliza derivada del contrato de seguros, para su propio beneficio.

Puntualiza la Corte que

[...] el artículo 1131 idem, concerniente, igualmente, con el instituto de la prescripción, concretamente, con el seguro de responsabilidad civil, fijó un referente adicional que, sin duda, incide decididamente en la clase de extinción del derecho y el destinatario de la misma. A partir de esta concurrencia normativa fueron naciendo importantes criterios sobre qué clase de prescripción debía aplicarse a la víctima y desde cuándo contaba el mismo.

### **Decisión de la Corte**

NO CASA la sentencia proferida por la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira el 18 de julio de 2019. (Sentencia SC4904-2021, 2021)

### **Análisis de autores del texto<sup>12</sup>**

Este análisis de la Corte fue más a favor de la aseguradora ya que una de las obligaciones del tomador es de declarar sinceramente el estado real del riesgo en el cual se pueda ver afectado, y además como esta expresado dentro de la sentencia, el asegurado ya padecía problemas cardiovasculares desde año 2001 y no lo notifico a tiempo, pues el hecho de callar los riesgos en que se encontraba el tomador al momento de la declaración del riesgo, genera causal de nulidad del contrato.

Si bien, las aseguradoras tienen una obligación en caso de que se presente la realización de un riesgo siempre y cuando los hechos hayan sido futuros e inciertos, pero en el caso de esta sentencia no cumplen con estas condiciones, por lo tanto, la aseguradora no está obligada a pagar la indemnización por las coberturas que se relacionan en el contrato y por las que está reclamando el beneficiario.

Cabe anotar, que cuando ocurra un cambio de salud considerado relevante, después de firmado el contrato de seguros, es obligación del asegurado informar esa situación de manera clara y completa al asegurador, con el fin de que este haga las anotaciones pertinentes en la póliza.

En igual sentido, la buena fe del asegurado en los contratos de seguros de vida, se predica desde el momento que se inicia la relación precontractual hasta después de celebrado el contrato, teniendo en cuenta que se está expuesto a diversos cambios en el estado de salud que no pueden ser ajenos a la aseguradora y que de no ser declarados por el asegurado o tomador, la aseguradora no tendría como saberlo.

Fallos de tutela

### **Sentencia STC1409-2021**

Sala de Casación Civil

Tutela contra sentencia

Radicado No. 11001-02-03-000-2020-03425-00

Fecha: febrero 18 de 2021

---

<sup>12</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

Magistrado Ponente: OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

### **Hechos relevantes de la sentencia:**

La señora Viviana Nieves Jiménez suscribió dos pólizas de seguros con Metlife Colombia Seguros de Vida S.A., dejando como beneficiarios a su esposo Nelson Eduardo Morales Riaño y a sus dos hijos.

La primera póliza suscrita por la señora Viviana Nieves Jiménez, es una póliza de vida No. 5625218 con vigencia del 15 de agosto de 2014 al 15 de agosto de 2019, por un valor asegurado de \$50'000.000.

La segunda póliza suscrita por la señora Viviana Nieves Jiménez es la No. 1517634 que corresponde a la póliza de accidentes personales la cual tiene cobertura por enfermedades graves, con vigencia del 15 de agosto de 2014 al 15 de agosto de 2019, por la suma de \$30'000.000.

La señora Viviana Nieves Jiménez falleció el día 4 de octubre de 2017 producto de un infarto.

Los beneficiarios hacen reclamación directa a la aseguradora, pero esta la negó argumentando que hubo “reticencia o inexactitud.

Los beneficiarios presentaron demanda la cual conoció el “Juzgado Treinta y Siete Civil del Circuito de Bogotá, que negó las pretensiones en relación con la «póliza n° 1517634» y las acogió frente a la N° 5625818 en virtud de lo cual dispuso pagarles los \$50'000.000”

La aseguradora apelo la última decisión y el tribunal lo revoco, argumentando que el contrato adolecía de nulidad relativa.

### **Consideraciones de la Corte**

[el] asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, está tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tienen importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro

Sobre el deber de información de quien será beneficiario de un seguro, la Sala ha adoctrinado: [...] El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa

La Corte en su análisis, manifestó que el formulario, según el Tribunal Superior de Bogotá, no había sido diligenciado con sinceridad, pues en el no quedó plasmado las patologías que padecía la señora Viviana Nieves Jiménez.

### **Decisión de la Corte**

NEGAR la tutela instada por Nelson Eduardo Morales Riaño. (Sentencia STC1409-2021, 2021)

### **Análisis de autores del texto<sup>13</sup>**

El Legislador en esta sentencia hace mayor alusión a la importancia que tiene el formulario suministrado por la aseguradora para su diligenciamiento al momento de contratar el seguro, pues si bien, el asegurado no comprendiera en su totalidad las preguntas del cuestionario, esto no le exime de la responsabilidad de contar de una manera total, amplia, clara y suficiente su estado de salud a la luz de que la aseguradora tenga los elementos para determinar si asume o no el riesgo de contratar el seguro.

Esto deja ver que, algunos asegurados tienen una idea errónea al pensar que pueden inducir a la aseguradora en un error manipulando algunos hechos relevantes al momento de la declaración de asegurabilidad para lograr contratar la póliza, tal vez con la idea equivocada de que las aseguradoras solamente hacen control al momento de firmar el contrato, es por ello que, el asegurador también tiene el deber de explicar adecuadamente, cuando les pone de presente a los asegurados el formulario que deben diligenciar, haciendo énfasis en que no pueden faltar a la verdad en sus respuestas.

Manifiesta la Corte que el formulario que se le entrega al asegurado por parte de la aseguradora, es de vital importancia, puesto que cada una de sus preguntas son relevantes para determinar si efectivamente se realizará la celebración del contrato, o si por el contrario el mismo será negado o más costoso, por tanto, el formulario debe estar elaborado de manera que cualquier persona pueda entender claramente lo que se pregunta.

### **Sentencia STC5953-2021**

Sala de Casación Civil

Tutela contra sentencia

Radicado No. 08001-22-13-000-2021-00092-01

Fecha: mayo 26 de 2021

Magistrado Ponente: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

#### **Hechos relevantes de la sentencia**

El día 26 de octubre de 2011 el señor Ernesto Triana Ballesteros suscribió un “*seguro de vida grupo*”, con la empresa BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., bajo la póliza N°. VGD-0110043 y cuyo tomador el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A.

El día 8 de mayo de 2014, el Fondo de Pensiones Protección S.A., calificó al señor Ernesto Triana Ballesteros con una pérdida de capacidad laboral del 66.38%

El señor Ernesto Triana Ballesteros presentó reclamación a la aseguradora de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio.

La aseguradora negó la reclamación alegando la reticencia, toda vez que, según la aseguradora el señor Ernesto Triana Ballesteros no fue claro en la información al suscribir la “*declaración del estado de riesgo*” no informo su estado de salud actual, pues este “*padecía de diversas patologías médicas desde antes, tales como: i) hipertensión*”

---

<sup>13</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

*arterial, ii) diabetes mellitus, iii) infarto agudo al miocardio y iv) angina de pecho; además de haber sufrido un “impacto con arma de fuego en la cabeza”.*

El señor Ernesto Triana Ballesteros presentó demanda la cual conoció el Juzgado 11 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Barranquilla, la cual fallo a favor del demandado, manifestando que se aplica la nulidad relativa del contrato por reticencia de parte del tomador.

En segunda instancia el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla Sala Civil Familia revocó la determinación del *a quo* y se concedieron las pretensiones invocadas en la apelación, además se ordenó dejar sin efectos la sentencia del 19 de enero de 2021.

### **Consideraciones de la Corte**

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

Ahora bien, tal como lo ha señalado la Corte Constitucional, en los casos que la aseguradora alegue una reticencia está obligado a probar el nexo entre la preexistencia alegada y el hecho que ocasiono el siniestro, por otro lado, deberá demostrar la mala fe del tomador al momento de la declaración de asegurabilidad, ocultando maliciosamente dicha condición de salud.

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

### **Decisión de la Corte**

**REVOCAR** la sentencia de fecha y lugar de procedencia anotada para en su lugar, **NEGAR** el amparo deprecado. (Sentencia STC5953-2021, 2021)

### **Análisis de autores del texto<sup>14</sup>**

La Sala de la Corte en esta sentencia exhorta a las aseguradoras que de alegar la reticencia recaerá sobre ellas la carga de demostrar el nexo causal entre el estado de salud preexistente y la condición médica por la cual se dio el fallecimiento y posterior reclamación de la indemnización.

Por tanto, las aseguradoras en la etapa precontractual hacen investigaciones, las cuales así sean mínimas, serán necesarias para su defensa en caso de presentarse una reclamación, la cual

---

<sup>14</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

puede llevar a un proceso por hechos que el asegurado o tomador omitió o no declaró al momento de suscribir la póliza.

En igual sentido, es carga probatoria de la aseguradora demostrar la mala fe del asegurado en aras de exonerarse de la responsabilidad del pago de la indemnización a raíz de la firma del contrato, en la que él también pudo con su experiencia indagar sobre la veracidad de la información en la declaración del estado de riesgo declarado por el asegurado en su momento.

Si bien, la carga de la declaración sincera y completa la tiene en un mayor porcentaje el asegurado, también es supremamente importante el acompañamiento de un intermediario de seguros, que pueda con su experiencia brindar apoyo al asegurado, teniendo en cuenta que no todos los tomadores tienen el conocimiento y capacidad de comprender con facilidad lo delicado que es y las consecuencias que pueden presentarse al firmar una declaración de asegurabilidad, por lo que pueden faltar a la verdad en el cuestionario presentado, situación que puede dar lugar a que se incurra en esto por desconocimiento y no por mala fe.

## **2.3 Consejo de Estado**

### **Sentencia 36860**

Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera

Radicado No. 11001-03-26-000-2009-00047-00

Fecha: junio 14 de 2019

Partes: FEDERACIÓN DE ASEGURADORES COLOMBIANOS (FASECOLDA) - NACIÓN –MINISTERIO DEL INTERIOR – MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y OTRO.

Magistrado Ponente: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA

#### **Hechos relevantes de la sentencia:**

Acción de nulidad en única instancia, promovida por Fasecolda,

En mayo de 2009 Fasecolda presenta demanda en contra de la nación, con el fin de obtener la nulidad de varios apartes del Decreto 4828 del 24 de diciembre de 2008.

El demandante argumenta que el “presidente de la República desbordo la potestad reglamentaria asignada por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política”

Alude el demandante que “el presidente de la República violó el artículo 11 de la Ley 489 de 1998”

Manifiesta el demandante “que el Gobierno Nacional excedió su potestad reglamentaria.

En contestación de la demanda, la Nación se opuso a todas las pretensiones de la demanda, alegando que el gobierno no excedió su poder, sino que reglamento el amparo de los riesgos que se presentan al suscribir los contratos, de conformidad con el artículo 7 de la Ley 1150 de 2007.

#### **Consideraciones de la Corte**

Norma demandada “15.6 Inoponibilidad de excepciones a la entidad asegurada. A la entidad estatal no le serán oponibles por parte del asegurador las excepciones o defensas provenientes de la conducta del tomador del seguro, en especial las derivadas de las

inexactitudes o reticencias en que este hubiere incurrido con ocasión de la contratación del seguro ni en general, cualesquiera otras excepciones que posea el asegurador en contra del contratista” [...]

La administración no puede quedar expuesta a las excepciones que se formulen y que tengan origen en la conducta del tomador del seguro por lo que el artículo 1058 del Código de Comercio denomina la conducta “reticente” o “inexacta” de aquel – contratista–, ya que, si esto se permitiera, la efectividad de la garantía contractual quedaría supeditada no solo al incumplimiento por parte del contratista, sino también al comportamiento que éste haya asumido al momento de “declarar sinceramente [...] el estado del riesgo” , esto es, en la oportunidad de adquirir la póliza, como lo dispone la norma presuntamente vulnerada.

La administración quedaría a merced del comportamiento asumido por el contratista no solo ante su eventual incumplimiento del contrato garantizado, sino también ante la reticencia e inexactitud en que haya incurrido al momento de adquirir la póliza, conductas estas últimas que –como se vio– implicarían la nulidad relativa del contrato de seguro, lo cual, como es apenas obvio, afectaría el patrimonio público y los cometidos estatales que debe asegurar.

#### **Decisión de la Corte**

NIEGA: Las pretensiones formuladas en el libelo demandatorio (Sentencia 36860, 2019)

#### **Análisis de autores del texto<sup>15</sup>**

En esta sentencia es de vital importancia hacer mención del Decreto 4828 de 2008 ya que en conjunto con la Ley 1150 de 2007 contienen las garantías de la contratación pública.

Mediante la presente sentencia se hace claridad que a los contratos de seguros que se adquirieren en favor del estado como asegurado y beneficiario, no le son oponibles las consecuencias que conlleva la declaración reticente e inexacta del contrato, toda vez que el tomador del contrato de seguro por regla general es el contratista, y es únicamente él a quien le constan las circunstancias declaradas para la obtención del contrato de seguro.

Es así como señala el Consejo de Estado que no es viable oponerles a las entidades del estado las sanciones contenidas en el artículo 1058 del Código de Comercio, pues se están protegiendo los dineros públicos.

Dicho planteamiento se fundamenta en la idea de que estarían en un riesgo inminente los bienes y el patrimonio estatal, puesto que existe la probabilidad que el contratista incumpla con las obras contratadas y si adicionalmente por parte de la aseguradora no se reparan los daños ocasionados del incumplimiento, se estaría condenando al estado a una doble pérdida.

En las pólizas contratadas a favor del estado la obligación de declarar sinceramente recae en cabeza del tomador, pero las sanciones por una indebida declaración no le serán oponibles a la entidad estatal, por lo que en estos contratos se requiere que la aseguradora realice una especial revisión de las circunstancias que le son declaradas.

---

<sup>15</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.



**Sentencia 44468**

Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera

Radicado No. 73001-23-31-000-2008-00387-01

Fecha: agosto 31 de 2015

Partes: COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A./ INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS - INVIAS - INGENIEROS CONTRATISTAS ASOCIADOS S.A. - INCONAL S.A. Y OTRO.

Magistrado Ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA

**Hechos relevantes de la sentencia:**

INVIAS apertura licitación para contratar la realización de las obras de mejoramiento y mantenimiento de la carretera Honda

El 30 de noviembre de 2004 se celebró entre el Invias y el Consorcio Progresar, conformado por las Sociedades Inconal S.A. y Estudios Técnicos S.A. el contrato de obra No. 2040, en el que se reprodujo el objeto de la licitación pública.

Se fijó como plazo 10 meses a partir del inicio de la obra, el 15 de diciembre de 2004 por un valor de \$5.772'197.087,00 incluido el IVA, plazo que se prorrogó 2005 hasta el día 15 de diciembre de 2005 por la adición 1 y hasta el 30 de diciembre de 2005 por la adición 2.

El consorcio contratista constituyó garantía única de cumplimiento ante la Compañía Mundial de Seguros S.A., quién expidió la Póliza No. N-A 0049189 del 7 de diciembre de 2004 y sus certificados de modificación Nos. N-A0106292 del 4 de octubre de 2005, la No. N-A010840 del 9 de diciembre de 2005 y la No. N-A0120800 del 3 de noviembre de 2006, mediante la cual se prorrogó la vigencia del amparo de estabilidad de la obra desde el 7 de abril de 2006 hasta el 7 de abril de 2011.

El día 16 de julio de 2008 la Compañía Mundial de Seguros S.A. instauró demanda contra el Instituto Nacional de Vías- INVIAS, solicitando la nulidad de la resolución en la cual se declaró la ocurrencia del siniestro de estabilidad de la obra en el contrato No. 2040 del 2004.

Solicita el demandante que se declare que no está obligada a al pago, en virtud de lo resuelto en las referidas Resoluciones.

Solicita el demandante que se ordene a los demandados restituir los dineros que haya cancelado o que llegará a cancelar, debidamente actualizados.

Solicita el demandante se ordene el pago de costas a la parte demandada.

**Consideraciones de la Corte**

Con otras palabras, si la aseguradora afirma que para la fecha en la que se suscribió el acta de entrega definitiva de las obras las vías objeto del contrato ya presentaban fallas, debió allegar las pruebas necesarias para demostrar dicha circunstancia.

Es de precisar en este punto que si bien la ahora recurrente alega una supuesta reticencia del asegurado por no informarle la existencia de fallas en las obras previamente a la vigencia de la póliza por el amparo de estabilidad de la obra, lo que eventualmente

generaría una nulidad relativa del contrato, para que fuera procedente su decreto esta debió ser solicitada por la aseguradora y demostrar los hechos que configuran el vicio lo cual no ocurrió en el presente asunto, pues en ningún momento la demandante solicitó el decreto de la nulidad relativa y mucho menos demostró los hechos que la podrían configurar.

Para que proceda la declaratoria de nulidad relativa de un determinado negocio jurídico, esta debe ser expresamente solicitada por la parte interesada, pues diferente a lo que ocurre con la nulidad absoluta, la nulidad relativa no puede ser declarada de oficio por el Juez, de forma tal que si la aseguradora estima que el asegurado o tomador fue reticente al momento en el que se le otorgó la Póliza, debe alegar la nulidad relativa del contrato para que de ésta forma el Juez proceda a realizar el estudio respectivo para determinar si esta se produjo o no.

En éste orden de ideas, teniendo en cuenta que la compañía aseguradora no allegó prueba alguna a través de la cual pudiera demostrar que para la fecha en la que se suscribió el acta de recibo definitivo las obras presentaban fallas, ni mucho menos que lo manifestado por las partes en ese documento es contrario a la realidad, así como tampoco presentó objeción alguna o manifestó su inconformidad para asumir la cobertura de los riesgos derivados de las fallas presentadas con posterioridad a la suscripción del acta referida, pues teniendo conocimiento de éstas procedió a expedir el certificado de modificación ampliando la cobertura de la Póliza única de Cumplimiento, es evidente que los cargos de nulidad por violación al principio de buena fe y de los artículos 835,871,1047,1954,1055,1057,1058,1072,1073,1077 del Código de Comercio y el artículo 1603 del Código Civil se encuentran destinados al total fracaso.

En efecto, no puede afirmar la accionante que se vulneró su principio de buena fe cuando no demostró que los riesgos cubiertos efectivamente se ocasionaron previamente a la suscripción del acta de entrega definitiva de las obras, ni que la información contenida en ésta fuera contraria a la realidad, ni mucho menos se opuso a acceder a la ampliación de la cobertura de la Póliza inicialmente constituida teniendo conocimiento de las fallas presentadas en las obras con posterioridad a la suscripción del acta referida.

### **Decisión de la Corte**

La Sala estima que las pretensiones principales formuladas deberán ser denegadas, y de conformidad con la decisión del Tribunal de Primera instancia la sentencia apelada es CONFIRMADA. (Sentencia 44468, 2015)

### **Análisis de autores del texto<sup>16</sup>**

Partiendo de la buena fe como lo menciona el Consejo de Estado haciendo alusión de los artículos 835, 871, 1047, 1954, 1055, 1057, 1058, 1072, 1073, 1077 del Código de Comercio y el artículo 1603 del Código Civil la aseguradora violenta estos artículos ya que conocía desde el principio las fallas en las obras, afectando radicalmente el contrato, puesto que no hizo mención alguna de estas, generando así la nulidad relativa del contrato.

Se pretende en la presente sentencia que se exonere a la compañía aseguradora de responder efectuar la indemnización por fallas en las obras, sin embargo, se verifica que la

---

<sup>16</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

actuación por la aseguradora se encuentra viciada, toda vez que esta tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro, y aún así continuó con la vigencia del contrato de seguro.

Dicha situación da lugar a que las partes ratifiquen el contrato, lo que da lugar a subsanar los errores que se presenten en el contrato de seguro, la ratificación se entiende realizada cuando aun conociendo las circunstancias que modifican el estado del riesgo se continúa con la ejecución del contrato.

Sin embargo, la ratificación no es una obligación por lo que en el evento que se presenten hechos que varíen las condiciones del contrato es posible solicitar la nulidad relativa del contrato de seguro.

#### **2.4 Triangulación posturas de las Altas Cortes (Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado):**

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencias analizadas respecto al contrato de seguro de vida y en concreto al tema de la inexactitud y reticencia en la declaración del estado del riesgo, hace un análisis del artículo 1058 del Código de Comercio, del cual se puede concluir que le asiste una mayor preocupación por la protección del asegurado, por otra parte, señala que hace falta una mayor información por parte del asegurador hacia el asegurado al momento de la declaración del estado del riesgo para que este no incurra en inexactitudes de manera involuntaria, por ende, el asegurado busca con la firma del contrato una protección ante determinado riesgo.

Por lo anterior, es difícil saber cuándo el asegurador conoce o debió conocer el riesgo que va a contratar, pero al respecto manifiesta la Corte que un asegurador diligente debería ser más minucioso en su investigación de la solicitud del seguro y de acuerdo con su experiencia pueda darse cuenta de la situación real de los riesgos y vicios en la declaración y de esta manera no endilgar al asegurado las consecuencias por su falta de previsión y negligencia para salir del error inicialmente padecido.

Por tanto, cuando se refiere a la nulidad relativa alegada por el asegurador a raíz la declaración reticente o inexacta del asegurado, considera que esta situación se pudo haber evitado haciendo bien las pesquisas para sanear los posibles vicios hallados en la declaración, y evitar sanciones al tomador por faltar al cumplimiento precontractual teniendo en cuenta que con su experiencia puede fácilmente detectar si existe situaciones sospechosas en el riesgo que va a asumir.

En efecto, la Corte Suprema de Justicia ampliamente a dicho que la buena fe, tanto del asegurado y tomador, como la del asegurador, es la principal base sobre la cual nace el contrato de seguro.

Por su parte, el Consejo de Estado en las sentencias analizadas, evidencia que las sanciones de la reticencia e inexactitud no le son oponibles al estado como asegurado/beneficiario, toda vez que las pólizas que aseguran los recursos públicos no son objeto de ser declaradas nulas, pues el dolo o la culpa recaen en cabeza del tomador, por lo que no es de recibo que se afecte el erario por unas situaciones que no son atribuibles en cabeza del estado.

Es así como se destaca que a las entidades estatales no les es oponible la sanción por reticencia e inexactitud, puesto que el contratista que ocupa dentro del contrato de seguro la

posición de tomador, es el conocedor de las circunstancias particulares bajo las cuales suscribe el contrato.

Aclara el Consejo de Estado que pretender oponer la nulidad del contrato por las reclamaciones presentadas por el estado generaría una doble pérdida, puesto que si el contrato de seguro ampara el incumplimiento contractual se estaría perdiendo el capital invertido en la ejecución del proceso contratado y adicionalmente, no se estaría recibiendo el ingreso de la indemnización.

Ahora bien, puede ocurrir que encontrándose en vigencia del contrato la entidad aseguradora conozca de una situación que altera las condiciones bajo las cuales fue suscrita la póliza, sin embargo, la misma puede ser subsanada por la aseguradora, pues cuando tiene conocimiento de la ocurrencia del siniestro y aun así no requiere al tomador por la indebida declaratoria del riesgo se ratifica la póliza y se enmiendan los errores presentados inicialmente en la suscripción del contrato.

Es así como se resalta que específicamente en los contratos donde el tomador sea una persona diferente a la entidad estatal asegurada no es viable que se dé aplicación a las sanciones de la reticencia e inexactitud.

La Corte Constitucional en los distintos fallos de tutela ha tenido una posición protectora del asegurado, sin embargo, no desconoce la prevalencia de la ley aplicable a cada caso en concreto, especialmente lo relativo a la ubérrima buena fe, por lo que, pese a que se conceden los amparos constitucionales en personas de especial cuidado, se aclara que las sanciones contenidas en el artículo 1058 del Código de Comercio, son aplicables siempre que se contravenga el principio de buena fe que rige los contratos de seguros.

Las sentencias analizadas de esta corporación son fallos de tutela, los cuales en temas de seguros proceden de manera excepcional, pues la pretensión de la declaración de la reticencia debe realizarse bajo la vía judicial. Es por esto que se señala que las acciones de tutela en temas de seguro únicamente deberán prosperar cuando se encuentren vulnerados derechos fundamentales o cuando el accionante sea un sujeto de especial protección constitucional.

Manifiesta la Corte que no es suficiente con que por parte de la aseguradora se plantee la preexistencia de una enfermedad para objetar la reclamación presentada, toda vez que adicionalmente es necesario que se configure la mala fe y que exista causalidad entre el motivo por el que se reclama y la preexistencia.

Resalta la jurisprudencia de la Corte Constitucional que por tratarse de un acuerdo de voluntades las partes deben tener un pleno apego al principio de la buena fe. Igualmente se resalta que al contrato realizarse por un acuerdo de voluntades recaen en cabeza de las partes obligaciones y deberes.

En cabeza del tomador asegurado se encuentra la obligación fundamental de ser consecuente con la información que se suscribe, pues él es el llamado a conocer su estado real de salud, puesto que el riesgo que pretende asegurar se encuentra dentro de su órbita personal.

Por su parte las entidades aseguradoras deben redactar los contratos de seguros en un lenguaje tal que le permitan al contratante tener plena claridad y certeza sobre lo que está adquiriendo, adicionalmente posee el deber de brindar una adecuada información y es que al ser

la entidad aseguradora la parte que dispone las reglas del juego, es quien debe disponer de todas las herramientas necesarias para que la ejecución del contrato se haga con la mayor transparencia posible.

Es clara la jurisprudencia de la Corte al señalar que la aseguradora dispone de distintos medios que le pueden aclarar las condiciones bajo las cuales se contrata, sin embargo, entendiendo que la actividad aseguradora es un negocio en masa, se le otorgó por parte del legislador una herramienta más que le permite hacer un adecuado análisis, el cual se configura al momento de estudiar una posible indemnización, puesto que es allí donde puede evidenciar si el tomador/ asegurado incurrió en reticencia e inexactitud, lo cual pueda dar lugar a solicitar la nulidad relativa de que trata el artículo 1058 de la ley comercial.

Es importante resaltar que cuando dentro de un proceso judicial se pretenda por parte de la aseguradora la aplicación de la nulidad relativa del contrato, la misma se deberá proponer como excepción en la contestación de la demanda, puesto que no podrá ser solicitada de oficio.

Con la adquisición del contrato de seguro se busca que cada una de las partes cumpla con sus obligaciones de una manera honesta y leal, dicha situación determinará la eficacia del contrato para ambas partes.

Pese a que por parte de Corte Constitucional se aclaran las condiciones y consecuencias de la celebración del contrato, es relevante resaltar que las partes de común acuerdo, podrán subsanar las causales de reticencia o inexactitud, estando dentro de la ejecución del contrato.

### **Capítulo 3 Visión de la reticencia e inexactitud por experto**

A continuación, se procede a evidenciar la postura de expertos quienes son de profesión abogados y trabajan directamente para entidades aseguradoras en el área de fraudes y el área comercial, respectivamente. Por la vinculación laboral que tienen los expertos no es posible revelar sus datos personales para individualizarlos, por lo que se manejará la confidencialidad con los entrevistados, sin embargo, la información aquí plasmada es absolutamente veraz y comprobable de la operación que se tiene en el sistema asegurador.

#### **3.1 Entrevista primer experto**

##### **¿Cuál es el método utilizado por la aseguradora para estudiar la posible reticencia e inexactitud cuando se reclama la prestación por ocurrencia del siniestro?**

Básicamente lo que hacen las aseguradoras es que al momento de suscribirse la póliza hay una autorización por parte del asegurado, el cual faculta a la aseguradora no solo para el tratamiento de sus datos personales, como lo dicta la Ley 1581, sino que además se encuentra inmerso allí en dicha declaración de asegurabilidad y dicha autorización que viene, básicamente las aseguradoras lo manejan de diferentes formas a veces está dentro de la declaración de asegurabilidad, a veces está dentro del SARLAFT esa autorización para la consulta de información, incluso de carácter sensible y confidencial como es una historia clínica. Con esta autorización que emite el asegurado a la aseguradora, la aseguradora una vez se presenta el siniestro puede realizar un rastreo de historias clínicas y así establecer si efectivamente el paciente al momento de la suscripción de la póliza fue reticente, de acuerdo, para ello las aseguradoras tienen unos equipos de ajustadores llámense internos o externos, porque pueden tener los dos, y pues estas personas se encargan de hacer ese rastreo donde se analizan las historias clínicas, se miran si revisaron los tratamientos que ha tenido el asegurado al momento incluso tal de encontrar que si fue reticente en el momento desde el cual el asegurado inicio el tratamiento que produjo su muerte o su discapacidad, cierto, eso es básicamente lo que hacen las aseguradoras.

##### **Entonces todo se hace es bajo la figura de los ajustadores, digámoslo así ¿ellos son como investigadores?**

No necesariamente, los ajustadores son ajustadores, porque los ajustadores lo que hacen es ajustar los conceptos técnicos de la póliza, los investigadores como tal tratan de desvirtuar o de confirmar un fraude que es una situación diferente, pero que yo les hacia un planteamiento en la capacitación y era que nos preguntáramos si la reticencia podría constituir una mala fe del asegurado, en mi concepto personal diría que sí, porque el asegurado está omitiendo información con el propósito de sacar un beneficio propio o para terceros que cuando hablamos de terceros podríamos estar hablando de un beneficio para sus beneficiarios valga la redundancia, cierto.

##### **¿Cuál es la orientación que le presta la aseguradora al tomador al momento de suscribir la póliza, respecto al correcto diligenciamiento de la declaratoria del estado del riesgo?**

Mira la circular 050 de la Superintendencia Financiera trae pues como un precepto esencial la idoneidad de los intermediarios de seguros, dentro la idoneidad del intermediario de seguros esta la obligación de informar, de informar al asegurado cuales son las condiciones particulares de su póliza, qué exclusiones tiene su póliza en caso de enfermedades, antecedentes,

alimentación, sobrepeso, prácticas de actividad física, cierto, porque cuando a ti te están haciendo el cuestionario para asegurarte, lo que llamamos la declaración de asegurabilidad, a ti te están haciendo una serie de preguntas, dentro de las cuales se encuentran por ejemplo: sufre usted hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares o cerebrovasculares, cierto, una cantidad pues que cada que ustedes analizan un clausulado de una póliza, en esa declaración de asegurabilidad se encuentran inmersos esa serie de preguntas.

**Digamos, retomando lo de la declaratoria, por ejemplo, vemos el caso que yo suscribo -no se – voy a contratar con el banco una deuda y el vendedor dentro de todos los documentos que me pone yo no creo que él sea una persona idónea cierto, pues porque él no me da ahí la evaluación, como el direccionamiento de lo que podría representarme una objeción.**

En principio sí, en principio sí debe ser una persona idónea porque todos los intermediarios de seguros reciben capacitación de idoneidad, en este caso por cumplimiento de la circular 050 cierto, la omisión de alguno de sus funcionarios e intermediarios pues podría repercutir en que las aseguradoras, si están actuando en representación de la aseguradora, debe de alguna manera cumplir con su obligación de indemnizar, cierto, pero en principio se considera que todos los intermediarios de seguros tienen la idoneidad para vender estas pólizas, y por otro lado está la obligación que tienen los consumidores financieros de conocer e indagar e investigar respecto de las condiciones particulares de la póliza también, es decir, que independiente y algo que les mencionaba en el espacio, que independiente de que de alguna manera yo alegue que carecía de información, y que por ende tenía desconocimiento de la póliza, cierto, de las condiciones particulares de la póliza y lo que podría llevar a una reticencia o inexactitud en la información que doy, cierto, es poco probable que esta situación prospere o validando esencialmente la calidad del asegurado -cierto - y no quiero ser despectivo, pero la misma exigencia no se la puedo dar a una persona que se dedica al agro, a la tierra, lo que llamamos coloquialmente, un campesino, a una persona que tenga una profesión como administrador de empresas, abogado, contador y demás, que son personas que conocen, que deben revisar la documentación que se va a firmar y que el hecho de firmar aquella documentación da fe que conoce y acepta todo lo que allí está escrito.

**Entonces digamos que es como un punto muy de cada aseguradora, es decir, cada aseguradora como que analiza el caso en concreto y mira si de pronto hubo omisión por parte del vendedor del seguro intermediario.**

Podría ser, pero en general, en general, obviamente todos partimos de la buena fe todos, cierto, tanto la aseguradora parte de la buena fe del asegurado al momento de suscribir la póliza, como la aseguradora también de alguna manera parte del principio de la buena fe que su intermediario actuó debidamente y en concreto que la reticencia identificada da lugar a una objeción de la reclamación.

**Ah ok ósea, ya ahí sería un tema probatorio en caso de que la persona desee llegar a un proceso judicial,**

Así es, tal cual.

**¿Cómo maneja la aseguradora los casos, en que al momento de suscribir el contrato no existía la enfermedad, pero la misma es adquirida en vigencia de la póliza?**

Se indemniza, se indemniza, desde que la enfermedad o la patología no se encuentre excluida, cierto, pero vamos a decir algo, Lizeth hoy suscribió una póliza, no tenía ningún antecedente cardíaco, no había tenido tratamientos cardiovasculares, no había sufrido hipertensión ni nada por el estilo, pero el día de mañana Lizeth se infarta, esa póliza tiene cobertura, siempre y cuando hay que mirar que haya periodos de carencia, cierto. Que no haya periodos de carencia para la cobertura, pero si no hay ninguna situación condicional, se le da cobertura por esa patología o por esa enfermedad o incluso si la muerte pues proviene de una enfermedad cardiovascular que no se haya identificado antes o cualquier otra pues por el estilo.

**Ósea que, en ese orden de ideas, con la pregunta qué hace Lizeth, por ejemplo, todas las personas que durante la pandemia hayan fallecido por causa del COVID-19, a ellos ¿se les indemnizo normal?**

Fueron indemnizadas, inclusive las compañías aseguradoras desarrollaron un proceso ágil para poder dar atención y cobertura a esos beneficiarios o asegurados porque no todos murieron, cierto- algunos pues quedaron con algunos padecimientos graves, otros quedaron con algún tipo de secuelas y en otros casos, pues hay coberturas como las rentas por hospitalización que también están cubiertas dentro de los seguros voluntarios de los asegurados, y en efecto se le dio cobertura a todos aquellos que fallecieron por muerte COVID, pues se trató de hacer un trámite un poco más expedito para que se dieran esas indemnizaciones a los beneficiarios de las pólizas y de igual manera se dio cobertura aquellos que sufrieron algún tipo de secuela u hospitalización.

**Otra preguntita por ejemplo en los casos en los que listo, yo contraté el seguro, no tenía como en si la enfermedad diagnosticada, pero digámoslo así, a mí me dolía el pecho, sentía una opresión en el pecho, consultaba, me decían no era nada, pues yo obviamente no sufro del corazón, después me da un infarto en vigencia de la póliza ahí ¿me indemnizan?**

Claro porque no hay un diagnóstico establecido que permita conocer que sufrías una enfermedad cardiovascular, por ende, pues un simple dolor en el pecho puede tratarse de un dolor muscular o cualquier otra patología diferente, una pleuralgia por ejemplo, cualquier otra patología diferente a una enfermedad cardio vascular.

**¿Las aseguradoras hacen investigaciones mínimas para estudiar el riesgo que van a amparar?**

Mira, dentro de la idoneidad del asesor o el intermediario de seguros esta una obligación que se le indilga a él y es el adecuado debido conocimiento del cliente, cierto- dentro de este adecuado debido conocimiento del cliente, se analiza el estado socioeconómico del asegurado, su grupo familiar quién lo compone, su actividad económica, su ingreso económico, sus condiciones de salud, que para eso es que existen los formularios de declaración de asegurabilidad y también de acuerdo conforme al valor de la cobertura, de acuerdo a las políticas internas de las aseguradoras, se les podrá exigir algunas validaciones adicionales, como por ejemplo son la realización de exámenes médicos para conocer de antemano o de acuerdo al riesgo que representa el monto asegurable, pero las aseguradoras pueden acudir a otros elementos como se los decía, como un examen médico para que la aseguradora esté tranquila de que efectivamente conoce el real estado del riesgo del cliente.

**Ósea que así la actividad sea masiva, si se tiene, al intermediario como primero filtro.**



Así es, así es, él es el primer contacto con el asegurado y está a su disposición tener un debido conocimiento del mismo, ahora bien cómo se los mencionaba, conforme a la cobertura o el monto de cobertura, la aseguradora podrá establecer algunas políticas que requerirán que el asegurado en el caso de los seguros de vida y en el caso de los otros seguros, también hayan situaciones o actividades extra por decirlo de alguna manera, cuando hablo de actividades extras en el caso de los bienes muebles, una inspección de asegurabilidad, en los casos de vida puede ser la solicitud de exámenes médicos, para que la compañía pues tenga un adecuado conocimiento del riesgo.

**Bueno, por ejemplo, los formularios que tienen las aseguradoras los que uno firma, donde uno declara su estado de riesgo son tan simples como para que lo entienda cualquier persona, es decir, no es lo mismo que en este momento yo vaya a contratar un seguro y llenar el formulario, a que vayan, por ejemplo, no sé mi hermana que no sabe nada de seguro, ¿sientes que es comprensible para cualquier persona? Porque a veces, no es que haya mala fe y que no deje plasmado ahí realmente toda la información, sino que por desconocimiento no se deja la información completa o clara.**

No mira, inclusive la ley le ha dispuesto a las vigiladas, las entidades vigiladas, dentro de las cuales se encuentran las aseguradoras, que la información sea clara, expresa y que adicional a eso, te voy hablar desde algunos términos ya no tan jurídicos pero, cuál es la interpretación de la ley pues en particular, que la información tiene que ser legible, que el tamaño de la letra debe ser adecuado para que cualquier persona pueda leer lo que la información que allí repose, brinde con claridad pues la información, y que deje de alguna manera indemne a la entidad, de que pues el asegurado pueda comprender y entender todo lo que está manifestando allí y además de todo eso hay un intermediario que es la persona como que va a aclarar esas dudas o ese desconocimiento que puede tener el cliente, cierto, entonces son como varios factores importantes que deben de tener en cuenta al momento de la suscripción de la póliza y que en efecto, la función del intermediario es muy importante, porque es ese asesor que está aclarando las dudas del consumidor o del asegurado, en este caso para que sea consciente de lo que está contratando y que obviamente dentro de ese contrato, están sus obligaciones, sus responsabilidades y a lo cual da lugar en caso de un eventual siniestro o darse aviso de un siniestro.

**Ósea eso quiere decir, que realmente la persona cuando va a diligenciar el formulario, el asesor o la persona que lo atiende le explica que si el omite alguna información relevante eso le puede traer la nulidad, pues al momento de hacer la reclamación, es decir, ¿la persona queda realmente bien informada del riesgo que corre si no es totalmente sincera?**

Claro que sí, son estipulaciones expresas, entonces miren yo les recomiendo que como un complemento de su trabajo de grado hagan un trabajo de campo y busquen en las páginas de las aseguradoras los condicionados de las pólizas de seguros lo lean, miren si presentan ambigüedades o no presentan ambigüedades, si hay lugar a confusión o no hay lugar a confusión, cierto, pero generalmente, las estipulaciones de las condiciones particulares de la póliza y sus exclusiones se encuentran claras, inclusive se encuentra el precepto de que en caso de que el asegurado omita información o no sea, cómo se le diría esto, sincero por decirlo alguna manera, en la información que declara pues podrás traer las consecuencias, las cuales van ligadas a la posible objeción de la póliza y eventual terminación del contrato o nulidad relativa del contrato, de acuerdo a la póliza o amparo que este contratando.

**Es porque por ejemplo a simple vista uno creería, mejor pareciera como si las aseguradoras, como son realmente la parte dominante, ellos solamente se preocupan de hacer esas pesquisas, esa investigación a fondo cuando ya se hace la reclamación y no antes al momento de celebrar el contrato, es porque pues ellos a la final pues no pierden nada, simplemente no lo indemnizan, pero no hacen el trabajo inicialmente como si hubiera un poco de mala fe.**

Claro que sí pierden, acuérdate que el fin de la aseguradora es el negocio, y si las pólizas en una solución se encuentran muy siniestradas como está ocurriendo en este caso les contaba con el SOAT, el negocio no se vuelve rentable y se vuelve insostenible por esas condiciones y es por esas razones que las personas deben de ser claras y hablar con la verdad siempre que vayan a tomar o suscribir una póliza, porque de lo contrario pues las aseguradoras ¿cuál es el fin principal de un seguro? que se indemnice un evento al riesgo si, y que las personas tengan bienestar al respecto. Pero qué pasa si el asegurador indemnizara todas las reclamaciones que se le presenten sin indagar y sin preguntar, sin establecer que el asegurado si actúa de buena fe, seguramente se desangraría, y seguramente se desangraría porque desafortunadamente muchas personas actúan de mala fe al momento de suscribir una póliza, entonces claro que sí hay pérdida para las aseguradoras, pero las aseguradoras y la Ley como tal han dispuesto unas disposiciones que van encaminadas no solo la suscripción de la póliza al momento de la etapa contractual o precontractual, sino aquellas que se mantienen en el tiempo, cierto, porque hay obligaciones que se le indilgan al asegurado y hay obligaciones que se indilgan a la aseguradora, como es el cambio de los valores, de prima, la modificación de coberturas, la exclusión de coberturas, pues es de parte y parte que se tienen obligaciones y responsabilidades.

**Yo creo que eso es más un tema cultural porque nosotros no somos muy de la cultura aseguradora, entonces uno es como solo me aseguro sí sé que me va a ocurrir un siniestro, sí sé que me voy a quedar desempleada, póliza de desempleo.**

Miren que por ahí desafortunadamente yo perdí una sentencia, pues no, no la he podido volver a encontrar, pero encontré una sentencia en la cual la Corte se había pronunciado cuando el seguro se había tomado solamente con el único propósito de siniestrarlo cierto, ahí se hablaba de una coexistencia de seguros y en esa consistencia de seguros el juez determinó que la única intención la asegurado era siniestrarse, y esa fue la única razón principal de haber adquirido el seguro, ¿cuál es la motivación principal para uno tomar un seguro? Es la prevención, cierto, y estar cubierto en caso de, pero muchas personas no lo hacen de esa manera.

**Y, por ejemplo, en los eventos como hacen las aseguradoras cuando hay coexistencia de seguros, ósea eso como que les prende aún más la alarma o que sea más exhaustiva la investigación o no**

Si todo dependerá de muchos factores pues no es lo mismo que Lizeth tome un seguro hoy con una aseguradora X y con una aseguradora Y y que en 30 días se siniestre, a que Ylda lleve pagando el seguro durante 10 años por ambas aseguradoras cierto, son diferentes factores que las aseguradoras al momento de que el asegurado ponga en conocimiento el siniestro, si, realiza el aviso del siniestro, indaga pues como esas condiciones particulares, yo se los decía, no quiere decir que la aseguradora este buscándole a todo el mundo como objetar, eso es totalmente falso, pero si hay algunas señales que en la parte del estudio de las indemnizaciones llamamos banderas rojas, que es un cúmulo de señales de alerta que pueden ponernos en presencia o alertarnos que no encontramos en presencia de un fraude.

**Hay como una plataforma en las que se comuniquen todas las aseguradoras, por ejemplo, como en Fasecolda, pero no sé en seguros de vida como se llaman**

Fasecolda, igual, igual,

**Entonces Fasecolda y ahí se suben los siniestros que se reportan, como para que ustedes entre aseguradoras se puedan brindar la información**

Así es, Fasecolda es la agremiación de aseguradoras y Fasecolda tiene unos módulos de consulta, las aseguradoras reportan a Fasecolda todos los siniestros que se atienden, todas las situaciones de fraude, todo eso se reporta a Fasecolda. Fasecolda a través de la analítica de datos, tiene unos módulos de consulta para sus asociados, pues digamos de alguna manera, pues en todo caso, a las mismas aseguradoras para que consulten, entonces tengo módulos por ejemplo en los cuales yo pongo la cédula de Lizeth que me está presentando una reclamación y me dice Lizeth ha presentado reclamación por vida en 3 aseguradoras más en los últimos 3 años.

**Por ejemplo, esas aseguradoras que no están vinculadas a Fasecolda, como Mundial, que Mundial no reporta la información, ahí entonces ustedes tendrán cómo conocer los siniestros que reporte Mundial o la Equidad que generalmente no son tan juiciosos con esa plataforma**

Pues yo desconozco cómo hacen el cruce de información ellos, pero obviamente si no están reportando, pues no hay fuente de consulta.

**Una última cosita que bueno en todo lo que hemos leído, me encontré algo que me llamó la atención no lo recuerdo textual, pero la idea es que si por ejemplo voy a contratar un seguro de vida, pero tengo una deuda con Lizeth y la puse como beneficiaria pero resulta que le Lizeth murió primero que yo y a los pocos días pues ocurre mi muerte, los hijos de Lizeth pueden hacer la reclamación, caso contrario ocurre si por ejemplo en mi seguro de yo dejo como beneficiaria a mi hermana, por ejemplo mi hermana muere primero y luego fallezco yo, pero ella tenía un hijo y él ya no queda como beneficiario se pierde, ¿eso porque ocurre?**

Bueno mira, ahí me está trayendo el tema de sucesión, pero mira el primer caso que me pusiste es un beneficiario oneroso, cierto y es aquel beneficiario al cual yo le adeudo una suma de dinero y tomo una póliza en virtud de garantizar el cumplimiento de su obligación, cierto, generalmente las aseguradoras no permiten la suscripción o la delegación, más bien, de beneficiarios onerosos de personas naturales, porque esto se da para fraudes como los que les contaba, el de la viuda negra por ejemplo, paga diarios que puedan estar asegurando el pago de la indemnización a través de una póliza que posiblemente pues si vos no pagas te van a asesinar para poder cobrar esos recursos -cierto- entonces eso también es un tema como de responsabilidad social, cuáles son los beneficiarios onerosos aquí, pues generalmente son las entidades bancarias o financieras, avaladas para que sean beneficiarios onerosos, pero por lo general no se da y con relación al caso de que me planteabas en caso hipotético de que efectivamente se haya suscrito una póliza por un beneficiario oneroso, el beneficiario oneroso fallece, pues ahí hay un tema de representación cierto- no sé si ustedes recuerdan el tema de la representación, que sí mi padre fallece yo subo en representación a solicitar el derecho que le corresponde a mi padre.

Y si tú falleces primero no recuerdo cuál era el caso que se perdía, es por qué el otro era un beneficiario gratuito, a título gratuito, no pero mira que si tú haces la designación de un beneficiario a título gratuito y ese beneficiario fallece primero que tú, vamos a poner el caso de accidente de tránsito, tú vas con tu hermana en un carro, se van desplazando por una carretera la ciudad se sufre un accidente y tu hermana fallece, tu hermana era la beneficiaria de tu póliza y tu hermana fallece cierto, y tú aún no has fallecido pero tú falleces dos días después, hasta ese momento pues obviamente la beneficiaria a título gratuito que habías dispuesto para tu póliza ya no tiene la posibilidad de que sea indemnizada que estipula la Norma que esa indemnización sube o más bien, se pasa a la sucesión e incrementa la cuota que le corresponde a cada uno de los beneficiarios, por decirlo de alguna manera, no es la palabra técnica pues simplemente quiero explicárselos como una manera muy coloquial para que lo entiendan un poco más fácil, pero realmente el beneficiario, la designación de beneficiario a título gratuito, corresponde única y exclusivamente a esa designación y no es heredable no es hereditaria cierto, no se hereda entonces, lo que pasa es que pasa al haber sucesoral y se reparte entre los beneficiarios o los sucesores, pues que tienes a tu cargo, en este caso si tu hermana falleció pero tú tienes esposo y tienes hijos, pues esos valores pasarán la sucesión de ellos que tú como causante pues acabas de proponer.

### **Análisis<sup>17</sup>**

Conocer la perspectiva de un profesional permite tener otro enfoque del funcionamiento de la actividad aseguradora, específicamente respecto de la reticencia e inexactitud.

Al ser preguntado el experto por la previa asesoría que recibe el tomador al momento de suscribir la póliza, se evidencia como prevalece la buena fe incluso desde el momento del ofrecimiento del contrato, puesto que los intermediarios de seguros se presumen capacitados para brindar una orientación precisa a fin de evitar posibles nulidades, es decir, desde ese momento por parte de la aseguradora se ejecuta un primer filtro en el que confluye la voluntad de las partes así como la sinceridad de las mismas.

Cuando por parte del tomador asegurado se pretende endilgar la responsabilidad de su reticencia o inexactitud a la falta de información por parte del intermediario, dicha afirmación deberá ser probada, toda vez que en el contrato de seguro prima la ubérrima buena fe.

Aunque dentro de las gestiones efectuadas por parte del intermediario de seguro se tiene una primera revisión de las condiciones bajo las cuales será suscrita la póliza, en los eventos que la información ha sido suministrada con total apego a la verdad, está en cabeza de la aseguradora determinar si efectivamente de conformidad con los estudios previos debe pactar un valor mayor como prima de seguro o si dadas las circunstancias del caso no le es viable suscribir el contrato de seguro.

En cuanto a las actuaciones que adelantan las aseguradoras para analizar las posibles causales de reticencia e inexactitud, se evidencia que la misma se ejecuta a través de ajustadores, quienes son los encargados de recopilar información relevante que ayude a analizar de una forma objetiva cada caso, por lo que recae en cabeza de dichas personas el estudio del caso, a fin de

---

<sup>17</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

determinar si por parte del tomador asegurado hubo reticencia o inexactitud, o si por el contrario el caso debe ser indemnizado toda vez que los documentos contractuales fueron diligenciados con el lleno de los requisitos y ajustados a la verdad.

Dentro de la investigación que surten las aseguradoras en cuanto a los seguros de vida, se encuentra el cruce de información que se realiza con la historia clínica, misma que pese a encontrarse protegida por la Ley de Habeas Data (Ley 1581, 2012), es por esto que la historia clínica puede ser consultada con ocasión de la autorización que se le otorga a la entidad aseguradora en la declaración de asegurabilidad.

Respecto a las reclamaciones que se efectúan por enfermedades que son objeto de cobertura en el contrato de seguro de vida, y que no se conocían por el tomador al momento de suscribir la póliza, las mismas no podrán servir como fundamento para alegarse las sanciones de reticencia e inexactitud, pues para que la misma se configure se requiere de la mala fe, la cual no le es atribuible a la persona desconoce el diagnóstico.

### **3.2 Entrevista segundo experto**

#### **¿Cuál es el método utilizado por la aseguradora para estudiar la posible reticencia e inexactitud cuando se reclama la prestación por ocurrencia del siniestro?**

Lo primero es hablar del aspecto de la posición, no sé si abusiva o más bien dominante, frente a las aseguradoras al momento de la suscripción, que de pronto no hacían un trabajo mayor a la hora de suscribir, específicamente con el tema de investigar cual ha sido el antecedente -cierto, mirar al cliente, conócelo que de pronto no esté dando la información que no es.

Yo lo que digo ahí es que, de todos modos, todos estos contratos son de buena fe, y eso pues lo hemos visto desde el primer semestre y eso se sigue aplicando para todo, y es que yo de buena fe te voy a preguntar ¿Cómo es tu estado de salud? cierto, en casos de seguros de salud, seguros de vida o en el caso de otros tipos de seguros, donde simplemente yo le pregunto al cliente ¿tiene algo que declarar? ¿sí o no? y ya la compañía con base en eso hace la suscripción -cierto, específicamente en un seguro de vida, ¿usted ha tenido o actualmente tiene cáncer?, ya tú dices que no sabiendo que acabas de salir de una, entonces ahí hay un tema donde la compañía no tiene que entrar hacer una investigación, buscar historias clínicas antes de la suscripción, no, la compañía lo que debe hacer es esperar el siniestro, la reclamación para investigar, listo.

Entonces cuando me preguntas que cual es el método utilizado por la aseguradora para investigar la reticencia, no, es simplemente esperar que le hagan la reclamación para devolverse a la suscripción, mirar la declaración de asegurabilidad y empezar a pedir historias clínicas y revisar cual ha sido el comportamiento durante toda su vida en el tema de salud para poder comparar, entonces yo me devuelvo al formulario que tiene unas 20 o 30 preguntas ¿tiene programado cirugías? ¿Ha sufrido de estas enfermedades? te señala varias enfermedades, pero hay un punto muy importante y es que dice ¿ha sufrido usted de alguna otra enfermedad que requiera ser informada? y ahí es cuando, pues yo digo que esa pregunta cómo es tan abierta, es muy importante a la hora de la reclamación y donde las aseguradoras muchas veces se pegan para objetar y es porque entonces van a revisar la historia clínica y en la historia clínica les aparece que efectivamente tuvo a los 18 años un cáncer que le hizo metástasis, pero entonces le hicieron una cirugía, pero no declaro eso al momento de la suscripción y entonces objetado,

entonces un método como tal es ir a investigar, a consultar, averiguar, pedir historias clínicas, las EPS digamos que hacen cruce con aseguradoras, la EPS le pasa a las aseguradoras por ejemplo, la información que ha hecho en sus consultas, entonces como tal es eso, es investigar, pero investigar cuando le hacen la reclamación y comparar con historias clínicas.

**¿Pero entonces, por ejemplo, cuando ellos en el momento en el que suscribimos el contrato, ósea el formulario no es genérico de todas las aseguradoras, sino que cada aseguradora tiene su propio formulario de las enfermedades que considera relevantes?**

Así es, así es, y la verdad me parece que de pronto algunas compañías si están haciendo un esfuerzo para tener más claridad al momento de la suscripción, entonces cada aseguradora maneja su formulario o su formato de asegurabilidad donde hace las preguntas, unas preguntan más, otras preguntan menos, pero por ejemplo, es que si de pronto hacen un cruce a la hora de hacer la solicitud de un seguro de salud, pero el sistema ya les ha reportado que esta persona viene con un tratamiento, pueden pasar tres cosas, que lo reciban con el tratamiento o con la preexistencia, que lo reciban a la póliza de salud pero le pongan la limitante y es que le atienden todo menos la preexistencia o simplemente que le rechacen la solicitud, por ejemplo una persona que esta con tratamiento de cáncer ni se le ocurra pedir la póliza de salud porque se la van a negar de una, a no ser que haya sido un cáncer hace 20 años y le hicieron el retiro completo y eso entra a evaluación y ya pueden decidir si lo reciben, pero ya sabemos que pueden pasar esas tres cosas, lo recibo sin ninguna limitante, le atienden todo menos la preexistencia o simplemente no le acepto el ingreso a la póliza de salud, eso aplica con la póliza de vida, con la póliza de enfermedades graves, todo eso digamos, donde toda la información que se da en la declaración de asegurabilidad juega un papel muy importante, listo.

**¿Pero entonces, por ejemplo, si yo tengo una enfermedad grave y la aseguradora decide, bajo sus condiciones asegurarme, y de pronto viene la aseguradora y yo hago la reclamación ya ellos no podrían entrar a objetarme alegándome reticencia?**

No, no podría, porque si una persona desde la suscripción informa su enfermedad grave, no se un infarto que le dio hace 10 años, si lo informo y la aseguradora acepto el seguro sin ninguna restricción ya hay un contrato y si más adelante le da un infarto tiene que cubrir todo lo que ya, en caso de seguro de vida, lo que implique, pues si ya es fallecimiento o la renta diaria que tenga -sí, y si es póliza de salud le deben atender la enfermedad en las condiciones de póliza, porque si a sabiendas de la enfermedad que se le declaro al inicio, lo reciben en la póliza, entonces se va a pagar, pero no es normal que si una persona informa que tuvo infarto, lo normal es que o no lo dejen entrar o si lo reciben le atienden cualquier enfermedad menos todo lo relacionado con los infartos de miocardio.

**¿Digamos que el asegurado omitió una enfermedad que tuvo por allá a los 18 años y ya tiene 50, pero el omitió esa enfermedad al momento de suscribir la póliza, pero realmente el asegurado se murió de algo que nada tiene que ver con la enfermedad que el omitió en ese momento?**

Eso es un tema muy casuístico, pero yo en principio te diría que si la persona falleció de algo totalmente distinto la compañía debería responder, pero a la hora de una reclamación se ven muchas cosas, pero la compañía puede decir que no va a pagar porque aunque falleció de otra cosa usted me omitió una enfermedad desde el inicio, pero como te digo, la aseguradora X que la conozco muy bien tiende a pagar esas cosas, lo normal es que se pague, pero cada caso es

distinto, cada reclamación es un mundo muy distinto, entonces cuando se hace la reclamación hay que esperar pues ya el concepto del ajustador quien va a dar una respuesta ya sea favorable o no, si la niega por eso, ya tocaría entrar, unos a demandar, precisamente argumentando eso que dices, y es que falleció fue por algo totalmente distinto y no tuvo nada que ver, sí.

**¿Cómo maneja la aseguradora los casos, en que al momento de suscribir el contrato no existía la enfermedad, pero la misma es adquirida en vigencia de la póliza?**

Se debe pagar, cualquier enfermedad que surja dentro de la póliza está cubierta, si la enfermedad viene antes de la póliza ahí es cuando ya se viene a objetar, listo- incluso hay casos que de buena fe la persona toma el seguro, no sabía que tenía la enfermedad, no sabía que venía con un cáncer, toma el seguro de vida y a los tres meses se da cuenta que tenía cáncer, pero cuando empiezan a mirar los médicos, se dan cuenta que este cáncer ya se había formado hace un año por ejemplo, eso es muy complicado ahí porque como ya venía la enfermedad, en principio no se pagaría y mira que el cliente obro de buena fe, pero ya sabemos que todas las enfermedades dentro de la póliza se pagan, ya sea por fallecimiento o una enfermedad en los seguros de salud, o todos los anexos que tenga el seguro de vida.

**¿Cuál es la orientación que le presta la aseguradora al tomador al momento de suscribir la póliza, respecto al correcto diligenciamiento de la declaratoria del estado del riesgo?**

Ahí juega un papel muy importante el asesor, digamos que el asesor de todas las áreas, tienen áreas de gestión de riesgo, de evaluación -cierto, y hacer que haya un buen acompañamiento en el momento de la suscripción de la póliza aunque todo este muy claro, pero es muy importante el asesor en este punto, porque el asesor es el que conoce al cliente, muchas veces uno también tiene clientes por referidos, llegaron y el mismo día los conoció y le pidieron un seguro, pero normalmente uno conoce muy bien los clientes, uno es el primer filtro y uno es el que debe recomendar también a la compañía, no venga un momentico, esa persona yo ya la conozco, yo ya la he visto en varias hospitalizaciones, así no haya declarado él, uno lo conoce, entonces el primer filtro es uno.

**¿Si es una persona que no conoces?**

Ahí es cuando te digo que todos los contratos son de buena fe, entonces lo que yo tengo que hacer es que, el día a día mío es con clientes que no conozco, me llaman o son referidos y yo simplemente cojo el formato con la declaración de asegurabilidad y empiezo hacer las preguntas que el sistema pues me pide hacerle al posible asegurado y ya es el quien contestara, si contesta bien, si contesta mal, la idea es que todo sea muy transparente a la hora de hacer el seguro, cuando los seguros se hacen así, de manera transparente desde el inicio, de ahí para adelante todo es muy fácil, pero bueno sabemos que eso no pasa acá en Colombia y hay personas que tratan de sacar provecho, medio les dice un médico en una revisión que tiene un posible cáncer y al otro día tiene 10 seguros de vida, pero ahí lo que te digo, empiezan las compañías hacer las investigaciones pero al momento de la reclamación, pero entonces la orientación como tal es, llenemos la declaración de asegurabilidad, ellos internamente hacen cruces con la EPS, si ven que de pronto la EPS le reportan alguna alerta entonces ahí ya entra en evaluación el caso, si no le reporta nada, el seguro se expide automáticamente.

### **¿Cuál fue la postura de las aseguradoras con relación al pago de las pólizas cuando la causa de la muerte fue por COVID-19?**

En este caso te digo pues que se me murieron tres clientes y los tres los pago la aseguradora, aunque sé que, por política, todo lo que sea por pandemia se excluye, tengo que averiguar con las otras aseguradoras como les fue, incluso ahí tienen la tarea de revisar políticas, se meten a la página de la aseguradora, en seguros de vida, descargar, miran todo el condicionado, dicen que la pandemia es una exclusión, pero la compañía pago las personas que fallecieron por COVID-19, listo.

### **¿Las aseguradoras hacen investigaciones mínimas para estudiar el riesgo que van amparar?**

Sí, eso es lo que hemos mencionado un par de veces y es que, son dos, primero el asesor es el que tiene el contacto directo, ahí ya sabemos pues que de todos modos hay asegurados que uno no conoce entonces ahí no hay como hacer filtro, pero mientras uno tenga conocimiento del cliente uno da apoyo, pero lo más importante es esos cruces con EPS, la EPS juega un papel muy importante a la hora de estas aseguradoras hacer estudios de seguros de vida, salud, enfermedades graves, entonces digamos que es una de tantas, hay que empezar a mirar que más averiguaciones hacen, pero la más fácil que tienen son los cruces con las EPS.

### **¿Pero esos cruces solamente los hacen es al momento de la reclamación del siniestro?**

No, no, al momento de la suscripción, es al momento de la suscripción y te digo que el día a día mío es ese, me acabaron de objetar un seguro de salud porque el cliente tenía por ahí una alerta en EPS y nunca me la declaro, entonces mire que ahí hay una investigación por parte de la aseguradora y es que antes de expedir un seguro hace cruce con EPS para ver si tiene alguna alerta generada. Y lo mismo hablamos pues ya de otros temas, porque hemos enfocado mucho en temas de vida y salud pero es que los seguros también se pueden negar por otros temas, por SARLAFT, por ser un cliente con ingreso doloso, entonces por ejemplo, si la persona está pagando condena por narcotráfico por ejemplo y está en la lista, la aseguradora no les puede dar ingreso seguro, hay muchas situaciones que no solamente son de salud, sino por temas ya de exposición pública – cierto, como un influencer, una persona que puede dañar la imagen de una empresa, lo revisan pero no lo niegan, pilas lo revisan pero no lo niegan.

### **¿Si yo soy influencer me van a poner una póliza más alta?**

No, no, nada, los precios son los mismos, la aseguradora tiene temas de tarifación y descuentos ya dependiendo del grupo familiar, de edad, que si esta con tres hijos entonces le sale más barato, no por actividad, entonces si es un influencer que tiene 7 millones de seguidores que puede, de pronto dar una opinión negativa sobre una compañía de seguros, eso les pone en riesgo su reputación, porque la gente antes de investigar acusa, eso pasa en este país, acá la gente no averigua que paso, sino que de una van tirando piedras, entonces por eso entra a investigación, pero no quiere decir que por ser influencer se la van a negar no, simplemente lo evalúan y ya, otra por ejemplo, los toreros, los toreros por su actividad no pueden ser asegurados, los fiscales tienen unas condiciones especiales, la ocupación es muy importante, por eso en la declaración de asegurabilidad no solamente preguntan usted como esta de salud, sino que te preguntan, ¿usted qué hace?, el que es influencer para estudio, el que es fiscal para estudio, porque hay ciertos



fiscales que tienen más peligros que otros, si es Juez imagínese entra a estudio, entonces la ocupación juega un papel muy importante.

Entonces por eso cuando empezamos como la reunión que me hablabas de pronto de una posición abusiva, yo hablaría que es una posición que no es abusiva, puede ser un poco dominante y siempre hemos hablado de los contratos de seguros como un contrato de adhesión, pero hoy en día esos contratos tienen temas que son negociables, temas que pueden ser de libre discusión, no siempre, hay unas políticas que ya están negociadas y es muy difícil cambiarlas pero sobre todo en los negocios empresariales hay temas que se pueden discutir y negociar, entonces ese tema de esa posición dominante ha cambiado esto está regulado, todas las aseguradoras, unas por la Superfinanciera, otras por la Super Salud, dependiendo si son pólizas o si son medicina prepagada, entonces como hay tanto control yo creo que ese tema de abuso no es tanto como lo que la gente ha venido creyendo, sino que ya hay unas condiciones que hacen que el asegurado tenga más acercamiento, porque el tema de todos modos con los seguros es que si alguien toma un seguro es para que le paguen si se da el hecho o el siniestro, para que esto pueda seguir siendo viable, la idea con los seguros es pagar, entonces por eso es muy importante hacer una buena gestión en la suscripción para que cuando llegue la reclamación se pueda dar el pago.

Ese es mi punta de vista, de pronto hay algún asesor que crea que de todos modos las aseguradoras siguen teniendo una posición dominante o abusiva como ustedes dicen, yo creo que no, esto ha cambiado mucho, pero también es bueno tener una segunda opinión, cierto.

### **Análisis<sup>18</sup>**

En esta entrevista, el experto en tema de contratos de seguros, manifiesta ampliamente desde su experiencia en el mundo de los seguros que, las compañías aseguradoras no ostentan una posición abusiva con respecto al asegurado o tomador, más bien es un poco una posición dominante, pero en todo caso desde siempre los contratos están regidos por la buena fe de ambas partes.

Cabe anotar que, las compañías aseguradoras dan al asegurado o tomador para su diligenciamiento, un formulario con muchas preguntas, las cuales deben ser respondidas de manera clara y completa, por tanto no sería necesario corroborar esa información toda vez que los cimientos de un contrato es la veracidad de la declaración del riesgo que se quiere asegurar, sin embargo, manifiesta el experto, que las aseguradoras están haciendo una serie de averiguaciones antes de contratar el seguro, entre otras, hacen el cruce de información con las EPS para que estas informen si la persona esta o ha estado en tratamiento por alguna enfermedad, así teniendo un panorama claro sobre el estado de salud de quien pretende asegurarse, el asegurador puede tomar varias decisiones, 1) lo recibe sin ninguna limitante, 2) le atiende todos los amparos menos la preexistencia y 3) simplemente no le acepta el ingreso a la póliza de salud.

Así mismo, las aseguradoras están obligadas a pagar cualquier enfermedad que surja dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando no se encuentre excluida. En los casos en los

---

<sup>18</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

cuales el asegurado o tomador desde el momento mismo de la suscripción declare que padece o estuvo en tratamiento por alguna enfermedad y la aseguradora de todos modos suscribe el contrato, en el momento que ocurra el hecho y se presente la reclamación, estará obligada al pago de la póliza.

Por otra parte, es muy importante para las aseguradoras saber la ocupación de la persona que, a asegurar, pues hay quien por su actividad no puede ser asegurado, otros tienen unas condiciones especiales. Es por ello que en la declaración de asegurabilidad no solamente se pregunta por el estado de salud, sino también por su ocupación, esto con el fin de hacer el estudio y evaluar si pueden ser asegurado o no, porque el fin de los seguros es pagar, de ahí la importancia de la buena fe en la suscripción de la declaratoria de asegurabilidad, para que cuando se presente la reclamación se pueda hacer efectivo el pago sin lugar a rechazos, objeciones o nulidades.

### **3.3 Análisis de la postura de los expertos<sup>19</sup>.**

Si bien ambos expertos enfocaron su entrevista desde ámbitos distintos, el primero desde el tema de fraudes y el segundo desde el área comercial, ambos coincidieron que la fuente principal de todo contrato de seguro es la buena fe.

Igualmente, los profesionales y expertos en contrato de seguros comparten la misma perspectiva de que es el asesor el que conoce al cliente y es el primer filtro en una posible suscripción de la póliza y es su obligación hacer un buen acompañamiento, por tanto, son los asesores los que deben recomendar también a la compañía si esa persona es apta para contratar el seguro.

Así las cosas, desde su experiencia en el mundo asegurador, los profesionales manifiestan que en ningún momento las aseguradoras optan una posición abusiva, si bien las averiguaciones más profundamente las hacen al momento de la reclamación, se puede observar en sus entrevistas que al inicio de la suscripción del estado del riesgo, las aseguradoras hacen unas validaciones previas para determinar si contratan o no el seguro, pero finalmente para ello está el formulario que se le pone de manifiesto al asegurado confiando en la sinceridad y buena fe del mismo.

Por lo anterior, de conformidad con las vivencias de los expertos, las aseguradoras si hacen averiguaciones de la persona que va a tomar el seguro, tanto de su estado de salud, como de sus ocupaciones, aspectos que la aseguradora evalúa, somete a estudio las condiciones específicas de cada contratante, y con base a lo investigado analiza las tarifas aplicables al caso y decide si son asegurables o no.

---

<sup>19</sup> Entiéndase autores del texto a Ylida Ulfary Rodríguez Jiménez y Lizeth Johana Muñoz Idárraga, estudiantes de derecho de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín.

## Conclusiones

La actividad aseguradora se encuentra regulada en Colombia por la Constitución Nacional, por el Código de Comercio y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Por tratarse de una actividad que implica un impacto directo en la economía, las entidades aseguradoras son reguladas por la Superintendencia Financiera.

El contrato de seguros contiene dentro de sus características ser consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva de acuerdo con la definición contenida en el artículo 1036 del Código de Comercio. Dichas características van atadas al principio de la buena fe que, aunque debe estar presente en todos los actos que se celebren, específicamente en el contrato de seguro requiere ser una buena fe extrema, definida por los autores como la ubérrima buena fe.

Es así como la Ley en su regulación procura que las partes no cometan equívocos en la suscripción del contrato, por lo que señala los requisitos que deben observarse para cumplir con la finalidad del contrato de seguros, que es preventiva.

La Ley en todo su articulado ha pasado a dar claridad sobre los requisitos que le son oponibles a ambas partes al momento de suscribir el contrato, sin embargo, podría pensarse en un inicio que lo establecido por la Ley únicamente orbita en pro de la aseguradora, viéndose esta como la parte dominante del contrato de seguro.

Los requerimientos que por Ley se encuentran en cabeza del tomador, buscan dejar por sentado que en él se encuentra necesariamente el deber de declarar sinceramente las condiciones bajo las cuales contrata el seguro. Para el objeto de esta investigación es clave resaltar lo atinente a la declaración de asegurabilidad, puesto que si bien la Ley define los requisitos formales que debe contener el contrato de seguro, respecto a la declaración de asegurabilidad no se tiene un formato universal.

La declaración de asegurabilidad no tiene una estructura obligatoria, toda vez que únicamente se requiere que el documento sea claro y comprensible y es allí donde radica el enfoque de esta investigación, dado que una falta en el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad desemboca necesariamente en la objeción de la reclamación por aplicación de la sanción por reticencia e inexactitud, que se traduce en faltar a la verdad al momento de adquirir la póliza.

Es por lo anterior que se procedió a efectuar el análisis de la postura de las Altas Cortes (Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia y Consejo de Estado) en litigios en los que pretende desvirtuar la ocurrencia de la reticencia e inexactitud.

Del análisis Jurisprudencial realizado a algunas sentencias de las Altas Cortes (Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia y Consejo de Estado), se puede evidenciar que el principio de buena fe en los contratos de seguros trae consigo un alto grado de honestidad, completa sinceridad y rectitud en la intención de ambos contratantes, puesto que el fin de los contratos de seguros es procurar salvaguardar el objeto del seguro, para que en el evento que ocurra un siniestro este sea indemnizado. Dado que por parte del tomador/asegurado se procura el bienestar de los beneficiarios con el pago del amparo de la póliza. Es así como las Altas Cortes precisan que el principio de buena fe es el eje fundamental en los contratos de seguros en Colombia y la buena fe que se requiere es la ubérrima buena fe.

En igual sentido las Altas Cortes establecen que el tomador es quien tiene el máximo deber de ser transparente con la información suministrada, para que al momento de diligenciar la declaración del riesgo manifieste sin ocultamientos todos los datos que sean relevantes para la aseguradora.

De otro lado la aseguradora con su experiencia deberá hacer su respectiva investigación sobre la información brindada y el estado de salud actual del tomador, esto con el fin de conocer el estado del riesgo y tomar la decisión si celebra o no el contrato.

Es preciso manifestar que la reticencia e inexactitud en los contratos de seguros son aspectos relevantes a tener en cuenta en la declaración de asegurabilidad, pues de configurarse esta falta de honestidad, el contrato quedara entonces viciado, por lo que la aseguradora estará en todo su derecho, de objetar y alegar la nulidad relativa del contrato al momento que se declare el siniestro.

Tener un acercamiento con expertos en la actividad aseguradora, que visualizan desde otro ángulo las posibles causas de reticencia e inexactitud, amplía el espectro de la visión que al iniciar esta investigación se tenía de la actividad aseguradora; pues si bien se tenía fijado como punto de partida intentar entender la postura abusiva de las aseguradoras en la suscripción del contrato, al confrontarlo con la realidad del ejercicio de asegurador, se evidencia como las aseguradoras requieren que sea el tomador quien procure cumplir con sus deberes como declarante, toda vez que solamente es él quien efectivamente tiene conocimiento del verdadero estado del riesgo.

Es por esto que entendimos desvirtuado el componente de mala fe de las aseguradoras, puesto que la naturaleza del ejercicio de las aseguradoras requiere necesariamente que la actividad sea masiva y que todos los intervinientes y partes del contrato actúen en debida forma, puesto que desde la parte práctica no le es dable a las aseguradoras efectuar un análisis minucioso de cada póliza.

Es así como se evidencia que la reticencia e inexactitud se encuentra atada a la mala fe, que puede provenir de alguno de los dos extremos contractuales y en el evento que exista conflicto entre las partes, el mismo deberá ser dirimido judicialmente.

## Referencias

- Consejo de Estado (2015, 31 de agosto). Sentencia 44468 (Jaime Orlando Santofimio Gamboa, M. P.).
- Consejo de Estado (2019, 14 de junio). Sentencia 36860 (Carlos Alberto Zambrano Barrera, C. P.). <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30036607>
- Constitución Política de Colombia. (1991). Gaceta Constitucional 114. (Colombia).  
<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Constitucion/1687988>
- Corte Constitucional (2015, 22 de mayo). Sentencia T-316/15. (María Victoria Calle Correa, M. P.) <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-316-15.htm>
- Corte Constitucional (2015, 4 de septiembre). Sentencia T-570/15 (Luis Guillermo Guerrero Pérez, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-570-15.htm#:~:text=La%20acci%C3%B3n%20de%20tutela%20tiene,ordinarios%20para%20asegurar%20su%20protecci%C3%B3n%E2%80%9D>.
- Corte Constitucional (2016, 12 de febrero). Sentencia T-058/16 (Luis Guillermo Guerrero Pérez, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-058-16.htm>
- Corte Constitucional (2016, 9 de noviembre). Sentencia T-609/16 (Alberto Rojas Ríos, M. P.).  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-609-16.htm>
- Corte Constitucional (2017, 30 de octubre). Sentencia T-660/17 (Luis Guillermo Guerrero Pérez, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-660-17.htm>
- Corte Constitucional (2018, 13 de julio). Sentencia T-272/18 (José Fernando Reyes Cuartas, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-272-18.htm>
- Corte Constitucional (2019, 30 de enero). Sentencia T-027/19 (Alberto Rojas Ríos, M. P.).  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-027-19.htm>
- Corte Suprema de Justicia (1994, 24 de enero). Sentencia S-002/94, Exp. 4045, CCXXVIII, 2467. (Carlos Esteban Jaramillo Schloss, M. P.).
- Corte Suprema de Justicia (2015, 21 de abril). Sentencia SC4574-2015. (Fernando Giraldo Gutiérrez, M. P.) [https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2015/SC4574-2015%20\(2007-00600-02\).doc](https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2015/SC4574-2015%20(2007-00600-02).doc)

- Corte Suprema de Justicia (2016, 4 de marzo). Sentencia SC2803-2016 (Fernando Giraldo Gutiérrez, M. P.). [https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2016/SC2803-2016%20\(2008-00034-01\).doc](https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2016/SC2803-2016%20(2008-00034-01).doc)
- Corte Suprema de Justicia (2016, 16 de diciembre). Sentencia SC18563-2016 (Álvaro Fernando García Restrepo, M. P.). [https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2016/SC18563-2016%20\(2009-00438-01\).doc](https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/ci/doctri2016/SC18563-2016%20(2009-00438-01).doc)
- Corte Suprema de Justicia (2017, 6 de febrero). Sentencia T-071/17 (Aquiles Arrieta Gómez, M. P.). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-071-17.htm>
- Corte Suprema de Justicia (2018, 6 de diciembre). Sentencia SC5297-2018 (Aroldo Wilson Quiroz Molsalvo, M. P.). <https://cortesuprema.gov.co/corte/index.php/tag/sc5297-2018/>
- Corte Suprema de Justicia (2021, 18 de febrero). Sentencia STC1409-2021 (Octavio Augusto Tejeiro Duque, M. P.). <http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/tutelas/B%20AGO2021/FICHA%20STC1409-2021.docx>
- Corte Suprema de Justicia (2021, 26 de mayo). Sentencia STC5953-2021 (Luis Armando Tolosa Villabona, M. P.). <http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/tutelas/B%20JUL2021/FICHA%20STC5953-2021.docx>
- Corte Suprema de Justicia (2021, 1 de septiembre). Sentencia SC3791-2021 (Luis Armando Tolosa Villabona, M. P.). [https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2021/09/SC3791-2021-2009-00143-01\\_compressed.pdf](https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2021/09/SC3791-2021-2009-00143-01_compressed.pdf)
- Corte Suprema de Justicia (2021, 4 de noviembre). Sentencia SC4904-2021 (Octavio Augusto Tejeiro Duque, M. P.). <https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2021/12/SC4904-2021-2017-00133-01.pdf>
- Decreto 410 de 1971. Código de Comercio. 27 de marzo de 1971. D. O. No. 33.339. Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41102>
- Decreto 4828 de 2008. Por el cual se expide el régimen de garantías en la Contratación de la Administración Pública. 24 de diciembre de 2008. D. O. No. 47.213. Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34389>
- Decreto Ley 663 de 1993. Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. 5 de abril de 1993. D. O. No. 40.820. Colombia. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/estatuto\\_organico\\_sistema\\_financiero.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/estatuto_organico_sistema_financiero.html)

- Díaz-Granados, J. El interés asegurable como elemento esencial del contrato de seguro de vida  
*Revista Ibero-Latinoamericana de Seguros*, 42(24): 111-164.  
<https://ssrn.com/abstract=3681133>
- Durán Urrea, M. M. y Amaya León, W. (2008). Declaración de voluntad. En *Diccionario hispanoamericano de derecho* (p. 500). Grupo Latino Editores.
- Durán Urrea, M. M. y Amaya León, W. (2008). Declaración expresa. En *Diccionario hispanoamericano de derecho* (p. 500). Grupo Latino Editores.
- Ley 84 de 1873. Código Civil. 26 de mayo de 1873. D. O. No. 2867. Colombia.  
<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1827111>
- Ley 389 de 1997. Por la cual se modifican los artículos 1036 y 1046 del Código de Comercio. 18 de julio de 1997. D. O. No. 43.091. Colombia.
- Ley 1150 de 2007. Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos. 16 de julio de 2007. D. O. No. 46.691. Colombia.  
[http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3\\_col\\_ley1150.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_col_ley1150.pdf)
- Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. 18 de octubre de 2012. D. O. No. 48.587. Colombia.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- López Blanco, H. F. (2010). *Comentarios al contrato de seguro*. Dupre Editores.
- Fundación MAPFRE (s.f.). Culpa. En *Diccionario de seguros*.  
<https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/diccionario-mapfre-seguros/culpa/>
- Ordóñez, A. E. (2001). *Cuestiones generales y caracteres del contrato*. Universidad Externado de Colombia.
- Ordóñez, A. E. (2002). *Elementos esenciales, partes y carácter indemnizatorio del contrato*. Universidad Externado de Colombia.
- Real Academia Española. (s.f.). Reticencia. En *Diccionario de la lengua española*.  
<https://dle.rae.es/reticencia>
- Real Academia Española. (s.f.). Asunción de riesgo. En *Diccionario panhispánico del español jurídico*. <https://dpej.rae.es/lema/asunción-de-riesgo>
- Real Academia Española. (s.f.). Contrato de seguro. En *Diccionario panhispánico del español jurídico*. <https://dpej.rae.es/lema/contrato-de-seguro>

Real Academia Española. (s.f.). Servicio. En *Diccionario panhispánico del español jurídico*.

<https://dpej.rae.es/lema/servicio>

Velásquez Sierra, M. (1967). Elementos esenciales del seguro. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 44, 34-39.

Velásquez Sierra, M. (2005). *Divagaciones alrededor del seguro*. Señal Editora.