

**TEMA: OTORGAMIENTO DE PÓLIZA** - El deber de diligencia de la compañía de seguros antes de otorgar una póliza de vida a una persona no implica que en todos los casos deba realizar exámenes, inspecciones o indagaciones adicionales a la obtención de la declaración de asegurabilidad. La compañía de seguros no tiene deberes de vigilancia constante sobre el estado de salud de las personas aseguradas en una póliza de vida./

**HECHOS:** Juan Carlos, Víctor Alonso, Ligia Inés, María Rosmira y Sandra Elena Gallego Osorno formularon demanda con el objeto de que se ordenara a Seguros Bolívar S.A. afectar el amparo vida de la póliza grupo deudores nro. DE-45155, que aseguraba Nohelia María Osorno de Gallego, y en consecuencia pagar a favor de Banco Davivienda S.A. el saldo del crédito que la fallecida Osorno Gallego tenía con la entidad bancaria mencionada. El juzgado de primer grado denegó las pretensiones formuladas. Los problemas jurídicos que surgen son los siguientes: a) ¿Las compañías de seguros antes de expedir la póliza deben realizar en todos los casos una verificación minuciosa de las historias clínicas de las personas con que van a contratar seguros de vida, so pena de quedar expuestas a la asunción de los riesgos que estén allí y no hayan sido declarados por los asegurados? [...]; y b) ¿Hubo una indebida valoración probatoria de la historia clínica de la persona fallecida para atribuirle un conocimiento sobre su estado de salud que no tenía?

**TESIS:** (...) Según la apelación, la sentencia T – 832 de 2010 de la Corte Constitucional estableció como regla ineludible de conducta para las aseguradoras la de comprobar siempre la documentación clínica de las personas previo a otorgar las pólizas respectivas, y cuando ello no ocurre pesan sobre esas compañías los efectos adversos del inciso final del art. 1058 del C.Co.(...)Dicho punto específico no fue tratado por el fallador de instancia, por lo cual de resultar acertada la proposición de los recurrentes habría que entrar a revisar el efecto que esta tendría sobre el armazón jurídico de la sentencia.(...)Al estudiar la decisión reseñada por el apelante, se encuentra que en esta se indicó que, en todo contrato de seguros, la entidad otorgadora de las pólizas debía hacer un examen médico o exigir que los asegurados aportaran uno, y el hecho de no haber ejecutado esa carga devenía en negligencia por parte de la aseguradora y le impedía negar el pago del siniestro, aun cuando la enfermedad fuera preexistente al contrato y conocida por el asegurado.(...)De acuerdo con lo revisado por esta sede judicial, esa tesis estaba vigente en el seno de la Corte Constitucional al momento de la elaboración de la declaración de asegurabilidad, 21 de junio de 2011, como una especie de trasposición de los análisis que ese alto tribunal había hecho respecto de los contratos de medicina prepagada, tal y como se evidencia de la lectura de las sentencias T – 946 de 2010 y T – 738 de 2011.(...)Sin embargo, al día de hoy la Corte Constitucional ha revaluado esa posición tal y como se evidencia entre otras, en sentencias T – 370 de 2015, T – 024 de 2016, T – 058 de 2016, T – 240 de 2016, T – 282 de 2016 T – 463 de 2017 y T – 027 de 2019, en el sentido de indicar que el deber de practicar exámenes médicos previos al ingreso, o de verificar la historia clínica de las personas, no es una carga que deben ejecutar las aseguradoras en todos y cada uno de los casos, de hecho algunas de las decisiones apuntan a que apenas basta la realización de un cuestionario claro, directo, libre de tecnicismos, ambigüedades o generalizaciones.(...)En sentencia T – 025 de 2024, la Corte Constitucional reconoció que, en la actualidad, dentro de ese alto tribunal hay al menos tres posturas diferentes sobre el punto de los deberes de conducta de las aseguradoras y que no hay sentencia de unificación sobre la materia.(...)En la decisión reseñada se tomó como posición la de que no basta con la elaboración por parte de la compañía de seguros de un cuestionario detallado y comprensible a los tomadores o asegurados, sino que, según el tipo de riesgo a ser protegido, las circunstancias de la persona, la obtención de la declaración de asegurabilidad u otros elementos del contexto específico del caso, también corresponde a la aseguradora comprobar el verdadero estado del riesgo mediante la

revisión de la historia clínica o la realización de exámenes médicos.(...)Del anterior análisis se concluye que, si bien en algún momento en el tiempo la Corte Constitucional estimó que en todos los casos previo a la expedición de una póliza de vida, la compañía de seguros debía hacer una verificación del estado de salud de las personas previo a la firma del contrato, al día de hoy se ha revaluado parcialmente esa posición limitando esa actuación a los eventos en que el caso en concreto muestre prudente un segundo nivel de análisis con la verificación de la historia clínica o la realización de exámenes médicos.(...)Ahora bien, pasando a revisar la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, sobre el tema se observa que dicha entidad específicamente ha dicho que las compañías de seguros no tienen una obligación general de realizar investigaciones, inspecciones o exámenes a los tomadores o asegurados o al objeto asegurado para verificar el estado del riesgo, pero que puede facultativamente entrar a realizarlas si lo estima aconsejable.(...)Se encuentra entonces que, en la actualidad, tanto el superior funcional de este tribunal, como la Corte Constitucional, coinciden en que, dependiendo del contexto en el cual se adquiera la declaración de asegurabilidad o en que se desarrolle la fase precontractual del contrato de seguros, o el tipo de riesgo a salvaguardar, es que se activa para las entidades aseguradoras el deber de realizar inspecciones, análisis o exámenes adicionales para precisar las versiones rendidas por el tomador o asegurado.(...)El anterior estudio implica que no es cierta la aseveración hecha por los apelantes en su recurso, puesto que el deber de verificación de la historia clínica de una persona o la realización de exámenes médicos no es generalizado (...).De otra parte, se observa que ni la Corte Constitucional ni la Corte Suprema de Justicia han contemplado en cabeza de las entidades aseguradoras un deber de vigilancia constante al estado de salud de las personas protegidas mediante un seguro de vida, de suerte que, si un asegurado emite una autorización para revisar la historia clínica, ello impone un mandato de comprobación continuada de la situación de sus clientes, del cual derivar una aceptación tácita o expresa de declaraciones reticentes.(...)Siendo ello así, al integrar al análisis del caso los elementos traídos por la apelación, no se observa que Compañía de Seguros Bolívar S.A. haya incurrido en algún incumplimiento de sus deberes de diligencia que lo pusiera en las condiciones de que trata el inciso final del art. 1058 del C.Co., esto es, conocer o haber podido conocer los vicios de la declaración antes de la firma de la póliza, o aceptar de forma expresa o tácita las reticencias incurridas, durante la vigencia del seguro.(...) Según la apelación, Nohelia María Osorno de Gallego desconocía su estado real de salud, por cuanto para el 27 de agosto de 2012 el único diagnóstico con que contaba era una «sospecha de malignidad».(...)Sin embargo, al revisar la historia clínica de la persona fallecida, se advierte que esa aseveración es falsa, por cuanto hay noticia de que, para el 27 de mayo de 2011, Osorno de Gallego fue a un control médico por las patologías de «hipertensión arterial», y tenía confirmada la de «enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda»(...)Luego, aunque sea cierto que la asegurada desconocía para la fecha de suscripción del contrato de seguros la circunstancia de padecer de cáncer, esa situación no fue el soporte de la sentencia de instancia sino el hecho de no haber reportado las dolencias de «hipertensión arterial» y «enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda»(...)Por consiguiente, el ataque propuesto no tendría la virtud de destruir los cimientos de la decisión de primer nivel.(...)De conformidad con lo analizado en esta decisión, los dos reparos presentados por Juan Carlos, Víctor Alonso, Ligia Inés, María Rosmira y Sandra Elena Gallego Osorno, acerca de los deberes de diligencia de la compañía de seguros para comprobar el estado del riesgo (...), y la valoración del conocimiento de sus enfermedades que tenía Nohelia María Osorno de Gallego al momento de suscribir la póliza (...), todos ellos resultaron fallidos.

MP: NATTAN NISIMBLAT MURILLO  
FECHA: 26/09/2024  
PROVIDENCIA: SENTENCIA



TRIBUNAL SUPERIOR

Medellín

*"Al servicio de la Justicia y de la Paz Social"*

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

Medellín, veintiséis (26) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)

<b>Proceso:</b>	Verbal
<b>Radicado:</b>	05001310300320130094102
<b>Demandante:</b>	Sandra Elena Gallego Osorno y otros
<b>Demandada:</b>	Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros Bolívar S.A.
<b>Providencia</b>	Sentencia Civil Nro. 2024 – 21
<b>Tema:</b>	El deber de diligencia de la compañía de seguros antes de otorgar una póliza de vida a una persona no implica que en todos los casos deba realizar exámenes, inspecciones o indagaciones adicionales a la obtención de la declaración de asegurabilidad. La compañía de seguros no tiene deberes de vigilancia constante sobre el estado de salud de las personas aseguradas en una póliza de vida.
<b>Decisión:</b>	Confirma decisión.
<b>Ponente:</b>	Nattan Nisimblat Murillo

### ASUNTO POR RESOLVER

Decide el Tribunal la apelación formulada frente a la sentencia proferida el 24 de enero de 2023 por el Juzgado 18 Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, en el proceso de la referencia.<sup>1</sup>

### ANTECEDENTES

1. **La pretensión:** El 21 de octubre de 2013,<sup>2</sup> Juan Carlos, Víctor Alonso, Ligia Inés, María Rosmira y Sandra Elena Gallego Osorno formularon demanda con el objeto de que se ordenara a Seguros Bolívar S.A. afectar el amparo vida de la póliza grupo deudores nro. DE-45155, que aseguraba Nohelia María Osorno de Gallego, y en

1 Expediente digital disponible en: [05001-31-03-003-2013-00941-02](https://www.corteconstitucional.gov.co/Explicado/05001-31-03-003-2013-00941-02).

2 Expediente digital, carpeta 01PrimerInstancia/CuadernoPrincipal/, archivo 001FoliosDel001a1358.pdf, página 137.

consecuencia pagar a favor de Banco Davivienda S.A. el saldo del crédito nro. 6303036300090359 que la fallecida Osorno Gallego tenía con la entidad bancaria mencionada, así como la suma de \$1.249.826 por los gastos generados en la conciliación previa al proceso.<sup>3</sup>

2. **Los hechos:** Como sustento fáctico de las anteriores peticiones se precisó lo siguiente:<sup>4</sup>

2.1. El 21 de junio de 2011, en una sucursal de Banco Davivienda S.A., ubicada en el municipio de Envigado, Nohelia María Osorno de Gallego suscribió la póliza grupo deudores nro. 5130-0045155-06 de Seguros Bolívar S.A.

2.2. En el referido contrato de seguros fungían como tomador y beneficiario oneroso Banco Davivienda S.A., y en calidad de asegurada Osorno de Gallego.

2.3. La anterior póliza se expidió con el propósito de asegurar a Banco Davivienda S.A. el pago del saldo insoluto de la obligación nro. 6303036300090359 al momento del fallecimiento o la ocurrencia de una incapacidad total y permanente de la asegurada.

2.4. En la misma fecha de suscripción de la póliza se firmó declaración de asegurabilidad en la cual se declaró el buen estado de salud de Nohelia María Osorno de Gallego, el cual pudo ser constatado por los empleados de Banco Davivienda S.A.

2.5. Osorno de Gallego falleció el 2 de septiembre de 2012.

2.6. En fecha posterior al deceso de la asegurada, se presentó reclamación ante Seguros Bolívar S.A. pidiendo la afectación de la póliza DE-45155.

2.7. Producto de la reclamación presentada, la entidad aseguradora demandada objetó el cobro de la póliza aduciendo que había nulidad del contrato por que Nohelia María Osorno de Gallego padecía de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y masa en pulmón izquierdo desde antes de ingresar al seguro, la cual de forma reticente no se declaró.

---

3 Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/, archivo  
001FoliosDel001al358.pdf, páginas 8, 143 y 144.

4 Expediente digital, carpeta 01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/, archivo  
001FoliosDel001al358.pdf, páginas 1 – 9.

2.8. A la fecha de formulación del libelo, Seguros Bolívar S.A. no había hecho el pago de la póliza objeto de este asunto.

**3. El trámite de la primera instancia:** El juzgado de conocimiento admitió la demanda presentada mediante auto de 30 de abril de 2014.<sup>5</sup>

4. Seguros Bolívar S.A. fue notificado en la forma regulada por el art. 314 del C. de P.C., norma vigente para la fecha del evento.<sup>6</sup> Dentro del término legal se opuso a las pretensiones y planteó las excepciones denominadas: «*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA*» y «*NULIDAD RELATIVA*».<sup>7</sup>

5. Por su parte, Banco Davivienda S.A. también fue enterado personalmente bajo los auspicios del C. de P.C.,<sup>8</sup> y actuando en tiempo se pronunció frente a la demanda, repeliendo las súplicas elevadas, y formulando como medios defensivos los que tituló «*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA*»; «*AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DEL BANCO DAVIVIENDA*» y «*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO*».<sup>9</sup>

**6. La sentencia apelada:** Luego de agotado el trámite legal, en providencia de 24 de enero de 2023, el juzgado de primer grado denegó las pretensiones formuladas por Juan Carlos, Víctor Alonso, Ligia Inés, María Rosmira y Sandra Elena Gallego Osorno.<sup>10</sup>

7. Tras resumir el trámite adelantado, y exponer los fundamentos normativos, jurisprudenciales y doctrinales que consideró aplicables al asunto, pasó a analizar si los demandantes contaban con legitimación en la causa para exigir el pago de la póliza grupo deudores nro. 5130-0045155-06, concluyendo que como herederos de

---

5	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
	001FoliosDel001al358.pdf, páginas 230 – 231.		
6	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
	001FoliosDel001al358.pdf, páginas 233 – 246.		
7	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
	001FoliosDel001al358.pdf, páginas 252 – 263.		
8	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
	001FoliosDel001al358.pdf, páginas 337 – 346.		
9	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
	001FoliosDel001al358.pdf, páginas 354 – 367.		
10	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
	018SentenciaSegurosGrupoVidaDeudoresSegundaVersion.pdf.		

Nohelia María Osorno de Gallego, eran terceros interesados en el contrato de seguro y con posibilidad de pedir a favor de Banco Davivienda S.A. la afectación de la póliza.

8. Por lo anterior, también estimó que podían resistir la pretensión tanto la entidad bancaria como Seguros Bolívar S.A., por su vínculo directo con el contrato de seguros.

9. Pasó entonces a analizar si la póliza objeto del contrato estaba afectada por el vicio de nulidad relativa que alegaron los demandados, encontrando que al menos para 27 de mayo de 2011 Osorno de Gallego conocía de los padecimientos de «*hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada*», por lo cual para el 21 de junio de 2011, fecha en que suscribió la declaración de asegurabilidad previa a su vinculación con la póliza grupo deudores pudo y debió haber manifestado esas condiciones a Seguros Bolívar S.A.

10. Luego analizó las declaraciones de los demandantes para concluir que, de ninguna de ellas, o de las demás pruebas del expediente se podía derivar que Nohelia María Osorno de Gallego fue engañada, inducida a error, o indebidamente asesorada sobre las informaciones que iba a emitir en la declaración de asegurabilidad.

11. Finalizó indicando que tampoco había elementos demostrativos para concluir que Seguros Bolívar S.A. había hecho una aceptación tácita de las declaraciones reticentes de Osorno de Gallego, y por ende decidió con esa actitud asumir el riesgo asegurado, aún con las enfermedades no informadas.

13. **La apelación:** El 30 de enero de 2023, se formuló recurso de apelación y se expusieron los puntos de reparo frente a la decisión de mérito apenas resumida.<sup>11</sup>

14. Dichos temas de disconformidad fueron desarrollados ante este tribunal, expresando que: **a)** Según lo previsto en la sentencia T – 832 de 2010, al haberse probado la autorización dada a Seguros Bolívar S.A. para revisar la historia clínica y demás información médica incluida en diversas bases de datos de Nohelia María Osorno de Gallego, dicha entidad estaba obligada a hacer la revisión de todos esos datos para verificar las condiciones de salud de la difunta, más aún por su condición de adulta mayor, y por ende, no se podía sancionar a los demandantes por una falta

---

11 Expediente digital; carpeta 01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/, archivo 020RecursoDeApelación.pdf.

de diligencia de la compañía aseguradora [...]; y **b)** Osorno de Gallego desconocía el alcance real de sus condiciones de salud, tal y como se evidencia de la historia clínica de 27 de agosto de 2012.<sup>12</sup>

15. De la sustentación de ese medio de impugnación se corrió traslado a los demás sujetos procesales,<sup>13</sup> pronunciándose sobre este tanto Banco Davivienda S.A.,<sup>14</sup> como Compañía de Seguros Bolívar S.A.<sup>15</sup>

## CONSIDERACIONES

16. **Planteamiento del caso:** Según ha discurrido la Corte Suprema de Justicia, con base en lo previsto en los artículos 320, 322 y 328 del C.G.P. la potestad decisoria del fallador de segunda instancia se encuentra limitada por los puntos de reparo anunciados en primera instancia, siempre y cuando ellos muestren de forma clara, concreta y detallada los errores cometidos por la decisión de instancia, por lo cual el Tribunal no puede tomar en consideración expresiones vagas, generales y amplias de descontento, ni tampoco revisar temas diferentes a los tratados en la sentencia, salvo cuando el defecto consiste en la omisión de normas o pruebas relevantes para la definición del asunto.<sup>16</sup>

17. En pocas líneas, al definir el caso el juzgado de conocimiento estimó que, aunque los demandantes tenían legitimación en la causa para pedir la afectación de la póliza grupo deudores nro. DE-45155, en la cual figuraba como asegurada Nohelia María Osorno de Gallego, ese contrato de seguros estaba afectado de nulidad relativa, en atención a que la difunta incurrió en reticencia al omitir declarar con claridad las afectaciones de salud que padecía.

18. Ni el recurso, ni las partes contienen el tema de la legitimación de los actores, la existencia de la póliza o la ocurrencia del siniestro contratado. La disputa se centró

---

12 Expediente digital; carpeta 01PrimeraInstancia/CuadernoTribunalNulidad/02SegundaInstancia, archivo 17MemorialSustentacionRecurso.pdf.

13 Información corroborada conforme a lo previsto en el art. 9 de la Ley 2213 de 2022 en el enlace [https://publicacionesprocesales.ramajudicial.gov.co/c/document\\_library/get\\_file?uuid=43a693e0-e07d-09ee-d6a7-094244aa8142&groupId=6098902](https://publicacionesprocesales.ramajudicial.gov.co/c/document_library/get_file?uuid=43a693e0-e07d-09ee-d6a7-094244aa8142&groupId=6098902) consultado el 30 de agosto de 2024.

14 Expediente digital; carpeta 02SegundaInstancia, archivo 09MemorialPronunciamiento.pdf

15 Expediente digital; carpeta 02SegundaInstancia, archivo 11MemorialAlegatos.pdf

16 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil (Hoy Civil, Agraria y Rural). Sentencias de 19 de junio de 2014, 28 de julio de 2021 y 26 de noviembre de 2021 emitidas dentro de los radicados 11001-02-03-000-2014-01190-00 (STC7339-2014), 05360-31-10-002-2014-00403-02 (SC3148-2021) (Cargo Cuarto, Consideraciones).

76520-31-03-005-2005-00143-01 (SC5252-2021) (Tercer cargo, Consideración 2).



en tratar de desvirtuar la acusación de reticencia que soporta la negativa de las pretensiones por dos frentes, el primero, que Compañía de Seguros Bolívar S.A. conoció o debió conocer las presuntas afectaciones de salud padecidas por Osorno de Gallego, al imponerle la ley una diligencia especial en este caso concreto; y el segundo que la difunta no pudo incurrir en reticencia por cuanto no tenía certeza acerca del alcance de sus diagnósticos, por lo cual no pudo omitir declarar información que no era clara para ella.

19. En tal virtud, los problemas jurídicos que surgen son los siguientes: **a)** ¿Las compañías de seguros antes de expedir la póliza deben realizar en todos los casos una verificación minuciosa de las historias clínicas de las personas con que van a contratar seguros de vida, so pena de quedar expuestas a la asunción de los riesgos que estén allí y no hayan sido declarados por los asegurados? [...]; y **b)** ¿Hubo una indebida valoración probatoria de la historia clínica de la persona fallecida para atribuirle un conocimiento sobre su estado de salud que no tenía?

20. **Resolución del primer problema jurídico:** Según la apelación, la sentencia T – 832 de 2010 de la Corte Constitucional estableció como regla ineludible de conducta para las aseguradoras la de comprobar siempre la documentación clínica de las personas previo a otorgar las pólizas respectivas, y cuando ello no ocurre pesan sobre esas compañías los efectos adversos del inciso final del art. 1058 del C.Co.

21. Dicho punto específico no fue tratado por el fallador de instancia, por lo cual de resultar acertada la proposición de los recurrentes habría que entrar a revisar el efecto que esta tendría sobre el armazón jurídico de la sentencia.

22. Al estudiar la decisión reseñada por el apelante, se encuentra que en esta se indicó que, en todo contrato de seguros, la entidad otorgadora de las pólizas debía hacer un examen médico o exigir que los asegurados aportaran uno, y el hecho de no haber ejecutado esa carga devenía en negligencia por parte de la aseguradora y le impedía negar el pago del siniestro, aun cuando la enfermedad fuera preexistente al contrato y conocida por el asegurado.

23. De acuerdo con lo revisado por esta sede judicial, esa tesis estaba vigente en el seno de la Corte Constitucional al momento de la elaboración de la declaración de asegurabilidad, 21 de junio de 2011, como una especie de trasposición de los análisis que ese alto tribunal había hecho respecto de los contratos de medicina prepagada,

tal y como se evidencia de la lectura de las sentencias T – 946 de 2010 y T – 738 de 2011.

24. Sin embargo, al día de hoy la Corte Constitucional ha revaluado esa posición tal y como se evidencia entre otras, en sentencias T – 370 de 2015, T – 024 de 2016, T – 058 de 2016, T – 240 de 2016, T – 282 de 2016 T – 463 de 2017 y T – 027 de 2019, en el sentido de indicar que el deber de practicar exámenes médicos previos al ingreso, o de verificar la historia clínica de las personas, no es una carga que deben ejecutar las aseguradoras en todos y cada uno de los casos, de hecho algunas de las decisiones apuntan a que apenas basta la realización de un cuestionario claro, directo, libre de tecnicismos, ambigüedades o generalizaciones.

25. En sentencia T – 025 de 2024, la Corte Constitucional reconoció que, en la actualidad, dentro de ese alto tribunal hay al menos tres posturas diferentes sobre el punto de los deberes de conducta de las aseguradoras y que no hay sentencia de unificación sobre la materia.

26. En la decisión reseñada se tomó como posición la de que no basta con la elaboración por parte de la compañía de seguros de un cuestionario detallado y comprensible a los tomadores o asegurados, sino que, según el tipo de riesgo a ser protegido, las circunstancias de la persona, la obtención de la declaración de asegurabilidad u otros elementos del contexto específico del caso, también corresponde a la aseguradora comprobar el verdadero estado del riesgo mediante la revisión de la historia clínica o la realización de exámenes médicos.

27. En ese pleito se indicó que: *«Cuando la declaración de asegurabilidad fue suscrita, el país estaba saliendo del segundo pico de fallecimientos por contagio de Covid-19 y se preparaba para el tercero y más fuerte [...por lo cual], en el contexto de una pandemia [ sin precedentes...] era exigible que la aseguradora desarrollara actuaciones adicionales tendientes a investigar por el verdadero estado de salud del tomador, habida cuenta de que estaba amparando el riesgo por muerte».*

28. Luego, por el excepcional contexto de emergencia socio sanitaria en que estaba el mundo entero, en ese caso particular se esperaba un nivel de diligencia mayor al usual en las aseguradoras, y que las forzaba en todos los casos a verificar minuciosamente la condición de salud de todas las personas a salvaguardar.

29. Del anterior análisis se concluye que, si bien en algún momento en el tiempo la Corte Constitucional estimó que en todos los casos previo a la expedición de una póliza de vida, la compañía de seguros debía hacer una verificación del estado de salud de las personas previo a la firma del contrato, al día de hoy se ha revaluado parcialmente esa posición limitando esa actuación a los eventos en que el caso en concreto muestre prudente un segundo nivel de análisis con la verificación de la historia clínica o la realización de exámenes médicos.

30. Ahora bien, pasando a revisar la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, sobre el tema se observa que dicha entidad específicamente ha dicho que las compañías de seguros no tienen una obligación general de realizar investigaciones, inspecciones o exámenes a los tomadores o asegurados o al objeto asegurado para verificar el estado del riesgo, pero que puede facultativamente entrar a realizarlas si lo estima aconsejable.<sup>17</sup>

31. La anterior tesis ha sido fundamentada en lo indicado por la Corte Constitucional en sentencia C – 232 de 1997, en donde se dijo que: «*el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador [...]»*

32. No obstante, en sentencias SC5327-2018 y SC167-2023, el superior funcional de este tribunal, al analizar los deberes del asegurador con las normas de protección al consumidor general y financiero, indicó que las compañías tienen los deberes de recoger la declaración de asegurabilidad o de inspeccionar el estado del riesgo.

33. En el primer caso, la carga del asegurador es formular todas las preguntas que sean necesarias para delimitar y caracterizar concienzudamente el tipo de riesgo a salvaguardar según el interés asegurable, y en el segundo caso, corresponde a la empresa verificar las condiciones del objeto o persona a proteger conforme a su calificado oficio.

34. En el evento de no haberse desplegado ninguna de las actuaciones reseñadas, se entiende que la entidad aseguradora decidió asumir el riesgo cuya cobertura se le encomendó en la forma y términos que este se encontrare.

---

17 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil (Hoy Civil, Agraria y Rural). Sentencias de 2 de agosto de 2001, 26 de abril de 2007, 6 de julio de 2007 emitidas dentro de los radicados 6146, 11001-31-03-022-1997-04528-01, 05001 31 03 002 1999 00359 01, 05001-31-03-003-2008-00034-01 (SC2803-2016).

34. Sin embargo, mientras el deber de recoger la declaración de asegurabilidad es el mínimo de diligencia exigible a la compañía de seguros, el mandato de realizar exámenes, inspecciones o indagaciones adicionales depende de: **a)** La naturaleza del riesgo que va a proteger [...], o **b)** La ocurrencia de circunstancias que, por el carácter profesional de la empresa de seguros muestren, indiquen o siquiera hagan aconsejable la necesidad de desplegar una verificación más detallada del interés asegurable.

35. En la sentencia SC167-2023, la Corte Suprema de Justicia en un caso donde se evidenció que los funcionarios de la aseguradora tuvieron contacto directo con el tomador de una póliza y pudieron comprobar que era una persona con gran sobrepeso, estimó razonable la inferencia de falta de diligencia de la aseguradora hecha en la instancia, puesto que en ese evento la compañía de seguros debió hacer investigaciones o pedir exámenes adicionales, a una persona que por su conocimiento profesional era razonable pensar que tuviera alguna dolencia por su condición excepcional frente a todas las demás.

36. Se encuentra entonces que, en la actualidad, tanto el superior funcional de este tribunal, como la Corte Constitucional, coinciden en que, dependiendo del contexto en el cual se adquiriera la declaración de asegurabilidad o en que se desarrolle la fase precontractual del contrato de seguros, o el tipo de riesgo a salvaguardar, es que se activa para las entidades aseguradoras el deber de realizar inspecciones, análisis o exámenes adicionales para precisar las versiones rendidas por el tomador o asegurado.

37. El anterior estudio implica que no es cierta la aseveración hecha por los apelantes en su recurso, puesto que el deber de verificación de la historia clínica de una persona o la realización de exámenes médicos no es generalizado, sino que depende de las condiciones específicas en las cuales se desarrolle en cada caso concreto la fase precontractual o cuando ello resulte aconsejable por las condiciones del interés asegurable o la persona asegurada.

38. Dentro del recurso no se hizo ningún desarrollo argumentativo tendiente a mostrar las razones por las que en el caso específico de Nohelia María Osorno de Gallego debía hacerse un estudio más minucioso de su condición de salud, por lo cual este

Tribunal no puede ir más allá de los reparos propuestos por el extremo apelante para analizar un evento o reparo no formulado.

39. De otra parte, se observa que ni la Corte Constitucional ni la Corte Suprema de Justicia han contemplado en cabeza de las entidades aseguradoras un deber de vigilancia constante al estado de salud de las personas protegidas mediante un seguro de vida, de suerte que, si un asegurado emite una autorización para revisar la historia clínica, ello impone un mandato de comprobación continuada de la situación de sus clientes, del cual derivar una aceptación tácita o expresa de declaraciones reticentes.

40. De hecho, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural indicó que en Colombia el seguro de vida está expresamente excluido del régimen de manutención del estado del riesgo y reporte de cambios sobre ello contenido en el art. 1060 del C. Co., al ser una *«intromisión a la vida privada del asegurado, quien quedaría forzado a develar sus flaquezas»*. Adicionando que *«en los seguros sobre la vida el asegurador contrae su obligación con miramiento en el estado originario del riesgo, esto es, tal cual existía al momento de la declaración, sin que su ulterior variación pueda llegar a afectar la vigencia o pervivencia del contrato o el valor de la prima»*.<sup>18</sup>

41. Es decir, ni el asegurado está en el deber de reportar en forma constante *«sus cambios de ocupación, por azarosa que sea la nueva, ni la residencia, por insalubre que sea el sector geográfico en que se ubique, ni del estado de salud, no importa la gravedad de las enfermedades que contraiga»*,<sup>19</sup> ni por contrapartida tiene el deber la compañía de seguros de estar monitoreando de forma constante las declaraciones de asegurabilidad hechas por sus contratantes, para evitar el saneamiento de una nulidad por reticencia.

42. Cosa diferente es que se demuestre que la aseguradora después de emitida la póliza logró conocer de alguna dolencia preguntada y omitida en la declaración del asegurado, y esta los aceptó de forma expresa o tácita. Sin embargo, no se encontró que en la legislación se haya impuesto una obligación de vigilancia constante de comprobación de veracidad de las declaraciones de asegurabilidad durante la vigencia de la póliza a las compañías de seguros.

---

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil (Hoy Civil, Agraria y Rural). Sentencia de 6 de julio de 2007. Radicado 05001 31 03 002 1999 00359 01.

<sup>19</sup> Ibidem.

43. Siendo ello así, al integrar al análisis del caso los elementos traídos por la apelación, no se observa que Compañía de Seguros Bolívar S.A. haya incurrido en algún incumplimiento de sus deberes de diligencia que lo pusiera en las condiciones de que trata el inciso final del art. 1058 del C.Co., esto es, conocer o haber podido conocer los vicios de la declaración antes de la firma de la póliza, o aceptar de forma expresa o tácita las reticencias incurridas, durante la vigencia del seguro.

44. **Resolución del segundo problema jurídico:** Según la apelación, Nohelia María Osorno de Gallego desconocía su estado real de salud, por cuanto para el 27 de agosto de 2012 el único diagnóstico con que contaba era una «*sospecha de malignidad*».

45. Sin embargo, al revisar la historia clínica de la persona fallecida, se advierte que esa aseveración es falsa, por cuanto hay noticia de que, para el 27 de mayo de 2011, Osorno de Gallego fue a un control médico por las patologías de «*hipertensión arterial*», y tenía confirmada la de «*enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda*».<sup>20</sup>

46. Conceptos médicos que se replicaron para una consulta por medicina interna celebrada el 4 de junio de 2011.<sup>21</sup>

47. Es decir que, para fechas anteriores y cercanas a la firma de la declaración de asegurabilidad y la póliza contratadas, 21 de junio de 2011, era claro el conocimiento que Nohelia María Osorno de Gallego tenía de su estado de salud, así como la omisión de dicha persona de declarar esas dolencias en la declaración de asegurabilidad hecha ante Compañía de Seguros Bolívar S.A.<sup>22</sup>

48. Luego, aunque sea cierto que la asegurada desconocía para la fecha de suscripción del contrato de seguros la circunstancia de padecer de cáncer, esa situación no fue el soporte de la sentencia de instancia sino el hecho de no haber reportado las dolencias de «*hipertensión arterial*» y «*enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda*».

---

20	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
001FoliosDel001al358.pdf,	páginas 38 – 40.		
21	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
001FoliosDel001al358.pdf,	páginas 41 – 42.		
22	Expediente digital, carpeta	01PrimeraInstancia/CuadernoPrincipal/,	archivo
001FoliosDel001al358.pdf,	folio 28 y 282		

49. Por consiguiente, el ataque propuesto no tendría la virtud de destruir los cimientos de la decisión de primer nivel.

50. **Recapitulación:** De conformidad con lo analizado en esta decisión, los dos reparos presentados por Juan Carlos, Víctor Alonso, Ligia Inés, María Rosmira y Sandra Elena Gallego Osorno, acerca de los deberes de diligencia de la compañía de seguros para comprobar el estado del riesgo (20 – 43), y la valoración del conocimiento de sus enfermedades que tenía Nohelia María Osorno de Gallego al momento de suscribir la póliza (44– 49), todos ellos resultaron fallidos.

51. En lo tocante a las costas procesales, debe aplicarse lo previsto en el art. 365 núm. 4 del C.G.P. e imponer la condena respectiva a los apelantes ante el fracaso del medio de impugnación propuesto y la efectiva participación tanto de Banco Davivienda S.A. como de Compañía de Seguros Bolívar S.A., durante el trámite adelantado ante este tribunal.

## **DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, **el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Medellín, Sala Tercera de Decisión Civil**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## **RESUELVE**

**PRIMERO:** CONFIRMAR la sentencia proferida el 24 de enero de 2023 por el Juzgado 18 Civil del Circuito de Oralidad de Medellín.

**SEGUNDO:** CONDENAR EN COSTAS del recurso a Juan Carlos, Víctor Alonso, Ligia Inés, María Rosmira y Sandra Elena Gallego Osorno.

En la liquidación respectiva y como agencias en derecho de la apelación, se deberá incluir la suma de \$2.000.000 para cada uno de los no apelantes que participaron del trámite, esto es, Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros Bolívar S.A. El anterior monto fue fijado por el magistrado ponente, según las tarifas establecidas en el artículo 5 numeral 4 del Acuerdo PSAA16-10554 del Consejo Superior de la Judicatura.

*Proyecto discutido y aprobado en Sesión virtual de la fecha.*

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

La Sala de Decisión,

**NATTAN NISIMBLAT MURILLO**  
**Magistrado**

**MARTHA CECILIA OSPINA PATIÑO**  
**Magistrada**

**JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO**  
**Magistrado**  
(Salvamento de voto)

DAPM

Firmado Por:

**Nattan Nisimblat Murillo**  
**Magistrado**  
**Sala 010 Civil**  
**Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

**Martha Cecilia Ospina Patiño**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 007 Civil**  
**Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**

**Juan Carlos Sosa Londono**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 001 Civil**  
**Tribunal Superior De Medellin - Antioquia**  
**Firma Con Salvamento De Voto**

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

Código de verificación: **6377ebc25797d7e0ac2fd09e5f5209e3aa0f0ca90c4cb2ffd144b7fc86e443c1**

Documento generado en 26/09/2024 03:48:55 PM



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