

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

Valledupar, julio dieciocho (18) de dos mil diecinueve (2019)

CLASE DE PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
RADICADO: 20001-40-03-005-2018-00057-00
DEMANDANTE: ISABEL DEL ROSARIO HEREDIA PIÑERES .C.No.22.401.560.
DEMANDADO: SEGURO DE VIDA DEL ESTADO S.A. NIT.860.009.578-6.
PROVIDENCIA: SENTENCIA.

Sentencia No. 191 – V.R.C. 005

OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Procede el despacho a dictar la sentencia que en derecho corresponda dentro del proceso de la referencia, una vez verificada la inexistencia de irregularidades que puedan invalidar lo actuado y el cumplimiento de los presupuesto de orden procesal.

ANTECEDENTES

La señora ISABEL DEL ROSARIO HEREDIA PIÑERES, a través de apoderado judicial, presentó demanda verbal de responsabilidad civil contractual, en contra de la compañía SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A, de la Ciudad de Valledupar, con fundamento en los siguientes hechos:

Mientras se encontraba trabajando como docente la señora ISABEL DEL ROSARIO HEREDIA PIÑERES, como consumidora financiera a través de la COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL CESAR "COTEC" se le aprobaron varios créditos: 1). Crédito ordinario con fecha inicial el 29 de febrero año 2012, por \$24.470.000, cuota mensual de \$ 525.425. A 31 de diciembre de 2016 presenta un saldo a capital de \$22.035.372. 2). Crédito educativo con fecha inicial del 29 de enero año 2014, por \$11.547.000; cuota mensual de \$225.747. A 31 de diciembre del 2016, presenta un saldo a capital de \$10.271.444 y, 3). Crédito extraordinario con fecha inicial 5 de noviembre del 2014, por \$20.305.000, cuota mensual de \$454.717. A 31 de diciembre del 2016 presenta un saldo a capital de \$20.305.000. Estos créditos se encuentran amparados con una póliza de seguro de vida grupo deudores No.1000000001, expedida por la compañía SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. donde los asegurados son los deudores de COOTEC, tomador de la póliza, entre quienes se encuentra la demandante; el valor asegurado son las sumas otorgadas en calidad de préstamo por la Cooperativa señalada, y la prima mensual convenida es de \$5.454.910, contratando las coberturas o amparos de "vida" e "Incapacidad Total y Permanente".

Indica que ésta póliza fue otorgada con cláusula de continuidad de cobertura desde el 7 de septiembre del 2010, tomada por la Cooperativa COOTEC, a la Aseguradora Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. y, desde el 8 de enero de 2015, tiene vigencia con Seguros de Vida del Estado.

Luego de estar laborando de manera ininterrumpida por más de 42 años, la demandante fue incapacitada parcialmente por quebrantos de salud por más de 180 días, por lo que fue calificada de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez el 14 de septiembre del 2015, por la doctora JACKELIN ARAUJO ARRIETA, medico laboral, especialista en salud ocupacional, quien laboraba para la U.T. Oriente Región 5 IPS, conceptuando que presentaba una pérdida de capacidad laboral de 90.9%, dictamen contra el cual presentó recurso de apelación ante la Junta

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, entidad que mediante dictamen No. 5602 del 26 de enero del 2016, resolvió modificar el anterior dictamen, aumentando su pérdida de capacidad laboral en 96.30%. La accionante al estar incapacitada total y permanentemente, presentó reclamación formal solicitando el pago de la indemnización por la ocurrencia del siniestro "incapacitada total y permanentemente", requerimiento que fue objetado el 9 de marzo del 2016, argumentando en síntesis que el dictamen antes anotado no fue realizado conforme al criterio de seguridad social en Colombia. Indica que al momento de suscribir la póliza, hace varios años el asegurador Seguros de Vida del Estado S.A, otorgó el consentimiento al momento de expedir la póliza, lo que significa que la misma asume el riesgo en las condiciones en que se encuentre, sin que luego lo llamen reticencia, cuando ni siquiera hubo declaración espontánea, porque al momento que la demandada elaboró el documento, conocía que las manifestaciones allí contenidas podía no ajustarse a la situación real del suscriptor, quien ligeramente pudo firmar sin reparar o comprender el alcance de lo que estaba contemplado en el documento de solicitud de la póliza. Tampoco se observa que se haya realizado algún tipo de examen a la demandante para determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato, que son responsabilidad de la demandada.

Como pretensión la demandante solicita: se declare que SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., suscribió la póliza vida grupo deudores No.1000000001 a favor de la COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL CESAR "COOTEC", beneficiario de la misma en la que se aseguró a la señora ISABEL DEL ROSARIO HEREDIA PIÑERES, amparando diversos riesgos a que estaba expuesta la señora anotada y particularmente la cobertura de incapacidad total y permanente. Que la demandada pague a "COOTEC" el saldo insoluto a la fecha 16 de enero del 2017, de los créditos adquiridos por la señora HEREDIA PIÑERES en esa cooperativa de la siguiente manera: a). Crédito ordinario la suma de \$22.035.372, b). Crédito ejecutivo la suma de \$10.271.444, c). Crédito extraordinario la suma de \$20.305.000. Que la demandada pague a la demandante el total del restante del valor asegurado tal como lo ordene el Art. 1144 del Código de Comercio. Que además del valor asegurado, la parte demandada SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., debe pagar a la convocante intereses comerciales moratorios a la tasa máxima señalada por la Superintendencia Bancaria, sobre la suma correspondiente a la indemnización por el siniestro, desde el 26 de enero del 2016 fecha de estructuración de invalidez a la anotada demandante, de conformidad con el Art. 1080 del Código de Comercio. Que las costas y agencias en derecho sean canceladas en su totalidad por la parte demandada.

Admitida la demanda y notificadas a las partes demandadas, compareció la demandada a través de apoderado judicial esgrimiendo excepciones como: No Cumplimiento de los Requisitos para Acceder al amparo de Incapacidad Total y Permanente/ Indebida Demostración del Siniestro, De la Reticencia e Inexactitud Establecida en el Código de Comercio, Hechos Taxativamente Excluidos de Cobertura la Póliza 42-73-1000000001, Limite de Responsabilidad y Excepción Genérica.

Corrido el respectivo traslado de las excepciones presentadas por la demandada, fueron oportunamente descorridas por el apoderado judicial del demandante. Por auto de fecha nueve (9) de noviembre de 2018 se ordena fijar fecha para llevar a acabo diligencia prescrita en el artículo 372 del Código general del proceso.

En desarrollo de la audiencia precitada, el 08 de mayo de 2019, la demandada manifestó su negativa a conciliar; se procedió a evacuar los interrogatorios, se accedió a una petición

probatoria, se fijó el litigio y se suspendió la audiencia hasta tanto no se allegara la evidencia solicitada. Se convoca, a audiencia para el 4 de julio año en curso, oportunidad en la que se incorporó la prueba recepcionada y se escucharon los alegatos de conclusión de las partes, anunciándose por parte del despacho que la decisión se daría en forma escrita, en uso de la facultad que le entrega el inciso 3 del numeral 5, del artículo 373 del C.G.P. y anunciando fallo favorable a la demandante, tras un breve sustento del mismo.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

El Artículo 1045 de Código de Comercio establece que son elementos esenciales del contrato de seguro: *el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador*. Es totalmente claro, que sin la existencia de alguno de ello es imposible hablar de contrato de seguro.

El último de los elementos que integran el contrato de seguro es la obligación condicional del asegurador, la cual implica que dentro de este contrato el asegurador establece un marco delimitado de acción sobre el cual se desarrolla la ejecución de la póliza adquirida, de manera que únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaece sobre el tomador de la póliza, sino sólo en aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado¹.

CONTRATOS DE SEGUROS DE VIDA. ART. 1036 CÓDIGO DE COMERCIO.

La normatividad comercial describe el contrato de seguro como un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, celebrado entre la aseguradora, quien debidamente autorizada asume los riesgos, y el tomador, quien por cuenta propia los traslada. Por ello, la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, ha considerado lo siguiente:

"... el contrato de seguro comporta una obligación condicional, contraída por el asegurador, de ejecutar la prestación prometida si llegare a realizarse el riesgo asegurado, obligación que por lo tanto equivale al costo que ante la ocurrencia del siniestro debe aquel asumir y significa así mismo la contraprestación a su cargo, correlativa al pago de la prima por parte del tomador?"

CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

Convengamos que dadas las particularidades del caso es preciso referir brevemente una modalidad específica del contrato de seguro denominada de grupo o colectivo, por medio de la cual la empresa aseguradora se compromete a responder ante la manifestación de un siniestro que ocurra a cualquiera de un número plural de personas naturales vinculadas por una relación contractual con una misma persona jurídica. Recientemente, la Corte Suprema de Justicia resumió los principales elementos de esta modalidad contractual de la siguiente manera:

¹ Corte Constitucional, Sentencia T-370 de 2015 Magistrado Ponente Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

² Corte Suprema de Justicia – Expediente No. 4470 del 11 de octubre de 1995

"i. Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito, pero es usualmente requerida por las instituciones financieras para obtener una garantía adicional de carácter personal, ii. Normalmente el deudor-asegurado es quien se adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas, iii. Lo que se asegura es el suceso incierto de la muerte o incapacidad permanente del deudor, independientemente de si el patrimonio restante permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista, iv. El interés asegurable que en este tipo de contratos resulta relevante se halla en cabeza del deudor, así sea que al acreedor también le asista un interés eventual e indirecto en el seguro de vida grupo deudores. V. El valor asegurado es el acordado por las partes, esto es, el convenido por el acreedor-tomador y la aseguradora, teniendo como única limitación expresa que la indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda".

Por consiguiente, se establece que un contrato de seguro de vida grupo deudores corresponde a la modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.

PRINCIPIO DE BUENA FE

Sin lugar a dudar, uno de los temas fundamentales de derecho de los contratos gira alrededor de la buena fe. Esta se presenta de manera objetiva, al punto de elevarlo a principio del derecho y en algunas normas se hace aplicación directa de él. El principio de buena fe en el Código Civil se describe así:

"Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a los que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley pertenecen a ella" (Art. 1603).

Por su parte el Código de Comercio señala:

"Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el periodo precontractual, so pena de indemnizar los perjuicios que se causen." (Art. 863).

Esta observación a la que hace referencia el Art. 863, pregona la aplicación del principio de buena fe desde la etapa precontractual, con el ánimo de salvaguardar la integridad de la etapa contractual, la cual también debe estar revestida con dicho principio, tal como lo describe el Art. 871, que establece: "Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural".

Claramente, lo esbozado en el Artículo 871 del Código de Comercio nos permite vislumbrar que la naturaleza del contrato que se pacte demarca la configuración de la buena fe, conllevando la

aplicación de lineamientos de configuración abstractos cuando hablamos de principio universal, a lineamientos de configuración particulares dentro del contrato específico o referente en discusión. La Corte Constitucional en sentencia T-282 del 2016, resaltó que la buena fe que caracteriza el contrato de seguro no solo debe predicarse del tomador sino también en el asegurador, de hecho, reconociendo que son contrato de adhesión, reitera que es obligación de las aseguradoras indicar de forma clara y taxativa todas las exclusiones del contrato y realizar exámenes médicos de ingreso antes de la suscripción del contrato de seguro, además que es su obligación demostrar la mala fe del tomador para eximirse de pago de la indemnización.

CARGA DE LA PRUEBA

Nuestra Ley Procesal Civil establece en su artículo 164 y s.s. del C.G.P., la necesidad que tiene toda decisión judicial de fundamentarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso. De este mandato nace para las partes la obligación de demostrar a través de los medios probatorios necesarios, los supuestos de hecho y de derecho que soportan su pedido y, con base en ellos, el juez proferirá la decisión respectiva.

Es menester precisar que la pretensión indemnizatoria que se intente debe observar todo el rigor que en materia probatoria ofrece cualquier contienda procesal, por lo que corresponde al actor, tal como lo advierte el artículo 167 del Código de General del Proceso, probar los supuestos fácticos sobre los cuales hace descansar sus pretensiones, así como los elementos axiológicos que las estructuran; la misma norma determina que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho que las normas consagran y el efecto jurídico que ellas persiguen. De tal manera que la carga de la prueba es la situación jurídica en que la ley coloca a una de las partes, correspondiente al imperativo de probar determinados hechos en su propio interés, de tal modo que si no cumple con esta responsabilidad se encontrará en una situación de desventaja respecto a la decisión perseguida dentro de la Litis.

DEL DEBATE PROBATORIO

EL Despacho deja claridad que en la etapa de fijación del litigio se determinó la existencia de los créditos, las circunstancias en que fueron realizados, la existencia de la póliza de seguro que se reclama y los hechos constitutivos de la materialización del riesgo. Se dejó como temas materia de prueba, en términos generales, el monto de los saldos a la fecha de estructuración de la invalidez y las condiciones en que fue profendo el dictamen de la invalidez y pérdida de la capacidad laboral y si efectivamente la demandada incurrió en actos de reticencia al momento de la toma de la póliza que ahora pretende su cobro, así como si tiene validez, o no, el hecho que la valoración inicial haya sido efectuada por la U.T. Oriente Región 5 IPS y la segunda instancia carezca de valor precisamente por no ser legal la primera valoración.

En el interrogatorio a la demandante esta se refirió a los hechos de la demanda relacionados con el trabajo que desempeñaba desde 1973 y fue pensionada en el 2015; trabajó 42 años; su vida crediticia ha sido bastante abundante pues desde que está trabajando ha recurrido a créditos. Está pagando la póliza con el crédito a través de descuentos mensuales, de su pensión. Recuerda que de un momento a otro se fue enfermando y le dieron 180 días de incapacidad por lo que inicialmente la fundación médico preventiva la valoró con el 90%, luego la Junta de Calificación Regional del César la valoró con el 96%. No le pidieron ningún documento adicional

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

cuando suscribió la póliza, ella contestó lo que le preguntaron y se sorprendió cuando le negaron el pago por cuanto nunca dijo nada que no fuera cierto.

La parte demandada cuenta que la demandante aportó inicialmente una calificación del régimen especial o sea de la EPS de ella donde le da un porcentaje el 90% de pérdida de capacidad laboral; ese porcentaje se funda en los diagnósticos de disfonía reflujo gastroesofágico, gastritis crónica y síndrome de colon irritable, con fecha de estructuración del 14 de septiembre del 2015. Ella inició con Mapfre en el 2010 y con Seguros del Estado empezó el 8 de enero del 2015, con las mismas condiciones que tenía con Mapfre. El tomador y beneficiario es la Cooperativa COOTEC. Lo que pretende esta póliza es amparar el saldo insoluto de la deuda o sea lo que a ella le resta por pagar una vez conocido el suceso. La reclamación hace un estudio de la documentación aportada como es el dictamen y cómo son las condiciones de la póliza y las exclusiones que vienen ahí también la aseguradora le indica que el siniestro no ha sido formalizado porque de acuerdo a las condiciones pactadas tiene que ser el régimen de seguridad social el que la califique porque si son calificados por un régimen especial pues da una calificación que es un 90% y sólo es para la profesión; a la señora se le solicita que lo haga con los parámetros del manual y se le indica que de acuerdo a lo evidenciado en la historia clínica hay unos eventos generadores previos antes del 2010; la señora ya había presentado quebrantos en su salud por disfonía, por colon irritable, por gastroenteritis, patologías que le dieron a ella la calificación y que habían sido descubiertas antes y no fueron informadas en su momento. La junta Regional de Calificación del César revaluó la calificación inicial, pero la calificación que hace es conforme al régimen especial del magisterio, sigue la misma línea de su profesión y vuelven a manifestarle lo mismo. Es importante indicar que las condiciones de la póliza hablan de preexistencias y eventos generadores previos que son exclusiones de la póliza que es lo que se pacta con la cooperativa. Ellos tienen una certificación de la cooperativa COOTEC donde dice que al 14 de septiembre del 2015 la señora contaba con 4 créditos, todos con la anterior aseguradora. Ellos reemplazan a Mapfre a partir del 8 de enero del 2015, respetan la antigüedad que traen siempre y cuando esos eventos generadores previos y las preexistencias hayan sido informadas pero a Mapfre y a seguros de vida del Estado nunca le informaron si tenían alguna patología importante. No tiene evidencia de que Mapfre haya tenido conocimiento del estado de salud de la de la demandante. La valoración no debió efectuarse por las entidades que lo hicieron porque esas son de régimen especial y debe hacerlo es según lo ordena la normatividad regular en esta materia.

De los alegatos de conclusión

En las actuaciones ha quedado probado que su apadrinada actuó conforme a derecho y que la demandada debe reconocer y pagar a la Cooperativa COOTEC los saldos insolutos de unas obligaciones adquiridas por la señora Isabel del Rosario Heredia Piñeres, con ocasión a la afectación del Amparo de incapacidad total y permanente amparado en la póliza de seguro vida grupo deudores que fue tomada por la Cooperativa, inicialmente tomada con la compañía aseguradora Mapfre Colombia Seguros S.A., desde el 7 de septiembre del 2010, con una cláusula de continuidad con la compañía hoy demandada la cual posee vigencia desde el 8 enero del 2015, tal como consta en el escrito de objeción aportado al expediente. En este proceso se dan todos los elementos esenciales del contrato de seguro contenidos en el artículo 1045 del Código de Comercio, el interés asegurable, el riesgo asegurable y la prima o precio del seguro. En el expediente se encuentra probada la pérdida de la capacidad laboral superior 50% de su mandante, expedido en segunda instancia por la junta Regional de calificación de invalidez del

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

Cesar, dictamen número 5602 del 26 de enero del 2016, que la fijó en el 96.30%. Está probado de la demandante en ningún momento fue reticente y que cumplió con todos los requisitos para acceder al amparo de incapacidad permanente. La Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 27 de febrero del 2019, Magistrado Ponente Jorge Luis Quiroz Alemán, toca el tema de la reticencia, y sostiene que dentro de las cargas procesales que tiene la entidad aseguradora para alegar la reticencia de personas especialmente profesores que han sido calificados con una pérdida de la capacidad laboral superior al 50% debido a problemas de la voz que les impide volver a ejercer esta profesión y que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio por alguna circunstancia bien sea por su labor profesional o por un hecho común, sufren alguna enfermedad que a la postre tiene incidencia en la invalidez declarada y luego se les niega el pago del seguro porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, no puede ser catalogado de reticencia pues quienes deben probar esas figuras son las aseguradoras sin que se pueda concluir que por el hecho de padecer una enfermedad falta a la verdad, ya que en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. Si eso no se lleva a cabo el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos u omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmados en el escrito por lo que siendo el asegurado la parte débil de esta relación mal podría trasladársele esas irregularidades. A su mandante nunca le practicaron ningún examen médico ni le exigieron que presentará su historia clínica para así ellos analizar y dejar sentadas las objeciones que no iban a ser amparadas en la póliza de seguro. El artículo 164 del código general del proceso señala que toda decisión debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso y que la prueba obtenida con violación al debido proceso es nula de pleno derecho; y el artículo 176 de la misma codificación señala que las pruebas deberán ser analizadas en conjunto de acuerdo con las reglas de la sana crítica sin perjuicio de las solemnidades prescritas en la ley sustancial para la existencia o validez de ciertos actos. Está probado que a la demandante le realizaron unas valoraciones de fibronasolarinoscopia otomrinolaringología y endoscopia a las vías digestivas en el año 2015, cuando ya estaba vigente la póliza. Las manifestaciones que realizó la entidad demandada en la contestación de las excepciones señalando unas patologías extraídas de una supuesta historia clínica, la cual no aportó, no deben ser tenidos en cuenta por el despacho toda vez que la parte demandada no probó ni siquiera de manera sumaria que ya venía padeciendo una patología antes de haber tomado el seguro; así mismo, aunque en el dictamen aparezca una enfermedad que ha sido diagnosticada con una evolución anterior, no significa que haya sido reticente pues, a modo de ejemplo, una persona que sea diagnosticada de cáncer el día de hoy y que el médico le diga a su paciente que tiene dos o tres años de evolución de la enfermedad, no significa que la persona haya conocido del diagnóstico del cáncer hace dos o tres años, no significa desconocer el diagnóstico a la fecha en que le realizan los exámenes especializados, pues es ahí cuando realmente la persona se entera de manera definitiva qué enfermedades viene padeciendo. En cuanto a la excepción denominada "no cumplimiento de los requisitos para acceder al amparo de incapacidad total y permanente, indebida demostración del siniestro" en el expediente se encuentra acreditado el siniestro de incapacidad total y permanente con los dictámenes que fueron hechos de manera imparcial y que no fueron objeto de ninguna de ninguna objeción, ni ningún señalamiento, ni tachado de falso por parte la demandada, luego no está llamada a prosperar. Y la última excepción denominada "límite de responsabilidad", es cierto que existe un límite de responsabilidad pero eso no tiene nada que ver con los intereses que deben ser

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

condenados a pagar por la parte demandada toda vez que el límite de la responsabilidad es solamente el valor que se encuentra asegurado pero los intereses que se solicitan son a título de indemnización, de acuerdo con el artículo 1080 del Código de Comercio que dice que el asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado beneficiario acredita su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1067. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que efectúe el pago. Quedó acreditado que la fecha en que se estructuró la invalidez de su mandante fue el 14 de septiembre del 2015 y además se certificó por parte de la cooperativa de trabajadores de Educación el saldo insoluto de las obligaciones a cargo de la demandada a esa fecha.

La demandada interviene diciendo que es importante indicar que estamos frente a una póliza que se denomina póliza de vida grupo deudores cuya finalidad es amparar el saldo de la deuda que se tenga al momento que la persona sea estructurada con una incapacidad total y permanente y tiene otros amparos como la muerte. En esta póliza el beneficiario oneroso es la cooperativa lo que quiere decir que en caso tal que revisada y analizada la reclamación sea pertinente el pago insoluto de la deuda, este pago sólo se hace a la cooperativa no se paga más allá del valor que ella deba sino el que certifica la cooperativa. Las condiciones generales y particulares siempre se le entregan al tomador de la póliza quién es el que le emite el mensaje a todos sus asegurados y le explica cuáles son las condiciones generales y particulares. La aseguradora inició la vigencia el 8 de enero del 2015, pero revisada la reclamación ella inició el 7 de septiembre del 2010 con la aseguradora Mapfre, lo que significa que ella antes venía asegurada y en ningún momento ni a Mapfre ni a Seguros de Vida del Estado le indicaron el estado de salud de ella. Es importante indicar que no se hacen valoraciones porque la aseguradora conoce el riesgo solo hasta el momento que reclama. La demandante es calificada inicialmente por la U.T. Región 5, régimen especial del magisterio, el 14 de septiembre del 2015. Cuando hace la reclamación se le indica que no cumple con las condiciones de la póliza, las cuales, insiste, fueron entregadas al tomador y las condiciones de la póliza indican que otorga cobertura por el riesgo incapacidad total y permanente siempre y cuando al ser calificado de acuerdo con lo estipulado por el régimen de seguridad social, tal incapacidad sea igual o superior al 50% en tal caso se reconocerá al asegurado la suma estipulada en el cuadro de amparos descritos en la carátula de la póliza. La calificación no corresponde al régimen de seguridad social sino un régimen de calificación especial que significa que la señora la califica por su profesión y en segunda instancia por la junta invalidez del César, pero esta calificación también sigue los mismos parámetros del régimen especial. Un concepto de la superintendencia financiera de 1999 indica que la pertinencia la calificación de invalidez proferida por la junta de regional de calificación de invalidez en el seguro privado se ciñe a las normas que regulan el contrato de seguro contenidas en el código de comercio, a las establecidas en el estatuto orgánico del sistema financiero, decreto 663 de 1993 y demás disposiciones que les resulten aplicables. El contrato de seguro, de acuerdo a lo establecido en el 1036 del Código de Comercio, es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, lo que significa que las partes, en este caso el tomador, establecieron unas coberturas y unas condiciones sobre las cuales iba a seguir el contrato, entre esas, que la calificación debía ser por el régimen de seguridad social y no por el régimen especial y ese fue uno de los argumentos de la aseguradora para objetar. Si bien es cierto, a la señora Isabel del Rosario no se le practicaron exámenes médicos al momento de ingreso al grupo asegurado, esto tiene dos razones: la primera, la aplicación del principio de la buena fe contractual establecida en el artículo 871 del Código de Comercio la cual predica que las partes

intervinientes en el contrato siempre lo hacen de buena fe y, la segunda, la regla estipulada en los artículos 1058 y 1158 del mismo código los cuales indican que en la declaración del estado del riesgo 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.

CASO CONCRETO.

Comencemos por reiterar que la fijación de litigio dentro de este expediente se determinó en establecer los siguientes aspectos: si efectivamente la demandada incurrió en actos de reticencia al momento de la toma de la póliza que ahora pretende su cobro porque presuntamente no entregó la información veraz y certera sobre su estado de salud y las patologías que llevaron a la pérdida de la de la capacidad laboral y determinación de invalidez en un porcentaje de 96.30% que determinaron el retiro del servicio y la materialización del riesgo contratado; si tiene validez, o no, el hecho que la valoración inicial haya sido efectuada por la U.T. Oriente Región 5 IPS y la segunda instancia carezca de valor precisamente por no ser legal la primera valoración por cuanto no se ajusta al Sistema de Seguridad Social al no ser calificada bajo los preceptos del decreto 1507/2014 y 917 de 1999 y sus decretos reglamentarios, sino por el régimen especial que detentaba como miembro activo el magisterio.

Sobre el primer punto, es pertinente dejar claro que no fue aportado al expediente la práctica o requerimiento, por parte de la aseguradora, de exámenes médicos antes de la suscripción de la póliza, incurriendo en una falta de diligencia predicable del profesional de la actividad, quien no puede, según el precedente constitucional que es de forzoso acatamiento, exculparse en el artículo 1058 para dejar de hacer lo que constitucionalmente está obligado a hacer, a pesar de tener los medios para hacerlo, se limitó a suscribir el contrato sin un mínimo de diligencia para solicitar o practicar un examen previo de ingreso a la póliza, todo en vista que la demandante en el proceso no tiene el criterio científico para determinar si tiene algún padecimiento de salud y aun así le haga la salvedad a la aseguradora, esta se encuentra en el deber de corroborar cuál es el padecimiento de la asegurada, y en el caso concreto no se demuestra. Y sobre la presunta mala fe en la información, tampoco fue aportada evidencia de tal hecho, más allá de afirmar que los quebrantos de salud eran anteriores a la toma de la póliza, hecho que, per se, no implica la demostración del actuar reticente que alega la aseguradora. Y es que aun dando crédito a este vago precedente, considera el estrado que no es posible para una persona vaticinar los efectos o estados a los que un determinado padecimiento lo va a conducir con el transcurrir de los años.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que "el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que les 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", de ahí que cuando en la declaración se haya expuesto con mala fe, un estado distinto al riesgo, podrá ser declarado nulo a petición de parte por el juez competente como sanción a la intención de defraudación que haya tenido el declarante. Sobre este específico tema se refirió, en sede de revisión, la Corte Constitucional en la sentencia T-830 del 2014, dentro de la cual fue revocada la decisión del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar, en el caso de la señora Martha Lucía Dávila Pozzo. En ese expediente, explicó lo siguiente:

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

“A pesar de lo anterior, esta Corporación, especialmente en la sentencia T-222 de 2014, indicó que preexistencia no es sinónimo de reticencia pues el artículo 1058 castiga la mala fe del tomador del seguro. De esa manera, si bien en muchos casos las preexistencias sean un caso de reticencia, de ahí no se desprende, ineludiblemente, mala fe del asegurado. Por ejemplo en casos donde la enfermedad asegurada sea silenciosa, o incluso en aquellos eventos en los que por motivos de fuerza mayor o causales justificantes no existían razones por las cuales el o la asegurada conociera su estado de salud. Esas fueron tan solo algunas hipótesis de los eventos en los que preexistencia no es igual a reticencia.

A partir de allí y con base en las anteriores decisiones de la Corte, dicha sentencia sostuvo que las aseguradoras deben cumplir con determinadas cargas para eximirse de la responsabilidad de no cumplir con sus obligaciones. Principalmente, para alegar preexistencias como causal de reticencia, la aseguradora tendrá que (i) probar que la enfermedad fue adquirida antes de la celebración del contrato, pero además, para ello, debió (ii) haber hecho un examen de ingreso que dé cuenta del estado de salud del asegurado. Igualmente, (iii) en caso de haber cumplido con esas cargas, deberá probar que entre la preexistencia y la conducta del tomador existió mala fe. No basta alegar preexistencia sin que se exija demostrar mala fe.

Pues bien, a partir de esas reglas esbozadas por la jurisprudencia de esta Corporación, la Sala concederá los derechos fundamentales de la señora Dávila. En efecto, no se encuentran en el expediente pruebas de que se le haya practicado un examen de ingreso por parte de la empresa demandada a fin de determinar su estado de salud. Así, se realizó el contrato sin saber con certeza las enfermedades preexistentes de la señora Dávila. Tan solo aquellas que aparecían en la historia clínica. En consecuencia, era desproporcionado pedirle a la accionante que conociera absolutamente, con detalle, su estado de salud, y no exigirle un mínimo de diligencia a la aseguradora en el sentido de practicar un examen de entrada a la hora de firmar el contrato.

En todo caso, así se hubiera realizado, la entidad demandada se limitó a decir que existía una preexistencia y por tanto reticencia, sin si quiera señalar las razones por las cuales consideraba que existía mala fe del demandante. En consecuencia, lo que hizo la demandada fue recibir el pago de una prima mensual para, de mala fe, limitarse a decir que existió preexistencia y obligar a la accionante, en su estado de discapacidad, acudir a vías ordinarias. En ese orden de ideas, no se encuentra en el expediente ninguna prueba que acredite la mala fe de la señora Dávila. En otros términos, ni se practicó un examen de ingreso, ni se probó que la enfermedad fue adquirida antes de celebrado el contrato, ni mucho menos que hubo mala fe en el actuar de la petente.”

En claro entonces, que la preexistencia no es sinónimo de reticencia y que la carga de la prueba de la preexistencia está en cabeza de la aseguradora, quien deberá solicitar exámenes médicos previos a la celebración del contrato, so pena de no poderlos alegar en un futuro. En este último evento se deberá acreditar la mala fe del asegurado.

Y sobre el segundo punto, la ineficacia o invalidez de la valoración efectuada por la UT DE ORIENTE REGIÓN 5, por pertenecer a un régimen especial que cobija solo a los docentes, no cumplir los preceptos del sistema general de seguridad social y ser contrario al principio de igualdad, el despacho considera que la aludida valoración cumple con los requisitos de orden legal que le atribuyen toda eficacia y cumple lo estipulado en el régimen establecido para acceder al proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral. No encuentra razón legal atendible que justifique la descalificación de la entidad que forma parte del sistema de seguridad social y

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

está legalmente destinada a prestar el servicio a esa parte de funcionarios públicos que conforman el cuerpo docente. No entiende el despacho por qué la aseguradora solo hasta ahora evidencia ese hecho "especial" y público y tampoco refiere cuáles son los defectos en que incurrieron o que los desvía del "manual único de calificación de invalidez" o qué norma les prohíbe asumir esta tarea. Luego, si la primera instancia de la calificación no admite glosa, no puede predicarse que la calificación en segunda instancia proferida por la Junta de Calificación de invalidez del Cesar este viciada y carezca de validez y eficacia por la invalidez de la primera.

Y sobre el argumento que aceptar la valoración de pérdida de la capacidad laboral efectuada por la U.T. Oriente Región 5, se constituye en una vulneración al derecho a la igualdad la demandada no da las razones suficientes que ilustren de qué manera se produce. El derecho a la igualdad no tiene nada que ver en esta situación por cuanto el hecho que un sector de trabajadores, el docente, tenga legalmente asignada una entidad especial y específica para que cumpla con las labores que cumplió, no constituye ningún tipo de discriminación, simplemente responde a la organización que el Estado ha diseñado para cumplir con este tipo de tarea a un sector determinado de trabajadores que bajo ningún parámetro puede considerarse vulneratorio del derecho a la igualdad, máxime cuando en el País coexisten varios regímenes especiales dentro del marco legal.

Probado como quedó la ocurrencia del siniestro, surge la obligación condicional del asegurado de pagar el riesgo asumido, salvo que la objeción tenga verdaderos motivos legales para su procedencia. En el caso en concreto, las objeciones al pago del siniestro no cumple con los requisitos que debe contener toda réplica, pues no especifica en forma seria, fundamentada ni sustentada los argumentos y base de la refutación, ya que solo se limitó a resumir que al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de vida deudores, omitió declarar sus patologías relevantes, sin desvirtuar la ocurrencia del siniestro, ni el evento de incapacidad total y permanente, ni la buena fe de la reclamante quien no tenía el deber de saber, ni se conoce cómo hubiera podido pronosticar que sus patologías la iban a llevar a sufrir de invalidez para trabajar, al punto del retiro forzoso del servicio público como docente, por esa causa.

Corresponde ahora referirnos al monto que debe reconocer y pagar la compañía SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., según el monto contratado. Considera el estrado que como quiera que el riesgo contratado se materializó el 14 de septiembre de 2015, es el saldo insoluto, a esa misma fecha, el que debe reconocer la demandada. Ahora, fue aseverado que la señora ISABEL DEL ROSARIO HEREDIA PIÑERES, ha cumplido con el pago de algunas cuotas después de la fecha de consolidación del riesgo, ya sea porque ha pagado por ventanilla o porque se le han descontado de su mesada pensional. En ese orden de ideas, se ordenará a SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. que, una vez en firme esta decisión, proceda a hacer una liquidación actualizada de los saldos insolutos de las deudas que a la fecha de estructuración del riesgo contratado (14 de septiembre de 2015) existían a nombre de la demandante, incluyendo todos sus componentes (seguro, intereses corrientes y de mora y otros, si los hay), en la COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL CESAR, "COOTEC". Sobre esa liquidación deberá cancelar a la acreedora COOTEC el saldo insoluto que a la fecha de pago exista y devolver a la demandante los valores que ella canceló, después de estructurado el riesgo (14 de septiembre de 2015), incluyendo intereses corrientes y moratorios sobre dichos montos.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
CARRERA 14 CON CALLE 14 ESQUINA PALACIO DE JUSTICIA PISO 5
MAIL: j05cmvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono: 5802775
VALLEDUPAR-CESAR

Finalmente, se condenará en costas y agencias en derecho a SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.. Las últimas se fijan en la suma de cinco millones de pesos (\$5.000.000.00). Las primeras serán tasadas por Secretaría.

DECISION

Por lo expuesto el Juzgado Quinto Civil Municipal de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

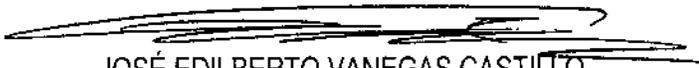
RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones de fondo formuladas por la parte demandada SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., según lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: Declarar que SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., incumplió el contrato de seguro de vida grupo deudores No. 100000001, al objetar sin fundamento la reclamación presentada oportunamente por la señora ISABEL DEL ROSARIO HEREDIA PIÑERES. En consecuencia, se ordena a SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. que, una vez en firme esta decisión, proceda a hacer la liquidación actualizada de los saldos insolutos de las deudas que a la fecha de estructuración del riesgo contratado (14 de septiembre de 2015) existían a nombre de la demandante, incluyendo todos sus componentes (seguro, intereses corrientes y de mora y otros, si los hay), en la COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL CESAR, "COOTEC". Sobre esa liquidación actualizada deberá cancelar a la acreedora COOTEC el saldo insoluto que a la fecha de pago exista y devolver a la demandante los valores que ella canceló, con posterioridad a la estructuración el riesgo (14 de septiembre de 2015), incluyendo intereses corrientes y moratorios sobre dichos montos. Lo anterior en consonancia con lo explicado en precedencia.

QUINTO: Condenar en costas y agencias en derechos a la demandada Seguros de Vida del Estado S.A. Las últimas se fijan en la suma de cinco millones de pesos (\$5.000.000.00). Las primeras serán tasadas por Secretaría. Proceder.

SEXTO: CONTRA esta decisión procede el recurso de apelación.


JOSÉ EDILBERTO VANEGAS CASTILLO.

Juez