



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR
j05ccvpar@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL seguido por LEDA SALCEDO VEGA contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. RADICACIÓN: 20001 40 03 004 2018 00307 01.

Quince(15) de julio de dos mil veintiuno (2021)

I. ASUNTO.

Procede el Despacho a decidir el recurso de apelación presentado por la parte demandada contra la sentencia de fecha seis (06) de diciembre de 2019, proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Valledupar – Cesar.

I. DECISIÓN IMPUGNADA.

Mediante providencia del seis (06) de diciembre de 2019, el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Valledupar, declaró no probadas las excepciones de mérito propuestas por la demandada y declaró civil y contractualmente responsable a SEGUROS DEL ESTADO S.A., por el incumplimiento de lo pactado en la póliza de accidentes personales integrales estudiantil No. 1000001337, y la condenó a pagar la suma total de \$44.000.000,00 por concepto de incapacidad permanente, rehabilitación integral, renta diaria de hospitalización, y gastos médicos, más los intereses moratorios causados desde el 18 de noviembre de 2016 hasta que se haga efectivo el pago, conforme a lo establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio.

La anterior decisión se fundamentó en que la aseguradora estaba en la obligación de verificar el estado de riesgo que estaba asegurando, es decir, pudo constatar el estado de salud de la señora LEDA SOFIA SALCEDO, realizando exámenes médicos alternos con su equipo interdisciplinario pero no lo hizo, sino que amparó a la demandante por medio de la póliza No. 1000001337 tomada por la universidad UNAD, a la cual se encontraba inscrita la parte demandante, por lo que se encuentra obligada a asumir los amparos descritos en la póliza.

Que no es cierto los padecimientos sufridos por la señora LEDA SOFIA SALCEDO, dataran del año 2012, porque al verificar el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por Seguro de Vida Alfa S.A., se puede apreciar que las patologías

calificadas fueron hipertensión arterial, secuelas de ACV y dolor crónico en cadera y rodilla secundario a artrosis, es decir no se señala que hubiere tenido antecedentes de Purpura trombositopenica, y que a la postre ésta le hubiera generado el accidente cerebrovascular (ACV) que padece, por lo que no es de recibo que la accionante hubiere incurrido en preexistencia médica.

Asimismo, señala que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral de la demandante fue del 17 de agosto de 2016, y que su esposo presentó la reclamación ante la compañía aseguradora el día 05 de octubre de 2016, lo cual interrumpió el término de la prescripción, pero además de ello, la demanda fue presentada el 12 de julio 2018, por lo que no había transcurrido un término superior a los 02 años para que se predique la prescripción ordinaria.

Finalmente expone que la póliza No. 1000001337 adquirida por la UNAD con la Compañía de Seguros del estado S.A., aseguraba a los alumnos de pregrado de esa institución educativa dentro de los cuales se encontraba la señora LEDA SOFIA SALCEDO, tal como consta en el oficio No. 300-508, remitido por el Vicerrector de Servicios a aspirantes, estudiantes y egresados de la UNAD, en el que se dice que los estudiantes de educación continuada se asimilan dentro de la categoría de pregrado, por lo que se encuentran amparados por la póliza de seguro.

II. FUNDAMENTO DEL RECURSO.

Centra el recurrente su inconformidad con la sentencia, en que la prueba documental aportada por la demandante, da cuenta que el ACV padecido por ésta se deriva de una enfermedad de origen común, por lo que se encuentra fuera de los amparos reclamados, toda vez que el ACV no corresponde a un accidente, en la definición traída en el condicionado general y particular de la póliza, el cual en la cláusula tercera, es definido como: *“Hecho violento externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del alumno asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en su integridad física, evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas médicamente probadas.”*, sino que corresponde al desarrollo de una enfermedad que comenzó en el año 2012.

En ese mismo sentido expone que la demandante en el año 2012 presentó una purpura tromobocitopenica y como consecuencia de ello un ECV hemorrágico, enfermedad que a la postre generó el accidente cerebrovascular de fecha 16 de agosto de 2016, por cuanto esta enfermedad es producida por trombos o

hemorragias. Por lo que considera que el juez de primera instancia no tuvo en cuenta la historia clínica de la demandante en la cual se puede evidenciar la referida preexistencia médica que debió ser puesta en conocimiento del asegurador.

Igualmente señala que no es cierto que la aseguradora tenga el deber de realizar las averiguaciones pertinentes para establecer las preexistencias médicas, toda vez que el contrato de seguro ha sido catalogado como un contrato de ubérrima buena fe, lo que implica que la carga de anunciar el estado real del riesgo es del tomador y/o asegurado. Razón por la cual, le era exigible a la demandante informarle a la aseguradora o al tomador, sobre el estado real de su riesgo, ya que sus dolencias médicas preexistentes generaron el ACV por el cual se reclama la afectación de la póliza estudiantil.

También manifiesta que no se tuvo en cuenta que en la Carátula de la póliza estudiantil No 33-68-1000001337, se designa como asegurado a los Alumnos De Pregrado De La Universidad Abierta y a Distancia UNAD, y para el caso en concreto, la Señora Leda Sofía Salcedo no era estudiante de pregrado, conforme a la certificación expedida por esa institución educativa, situación que no fue controvertida por la parte actora, por lo que considera que esa compañía aseguradora no se encuentra obligada a indemnizar a la demandante.

Que no está de acuerdo con la condena impuesta a Seguros de vida del Estado S.A, porque no se tuvo en cuenta que el condicionado general y particular de la póliza estudiantil señala que el amparo de Rehabilitación integral solamente se puede afectar si ese porcentaje supera el 66%, y la demandante fue dictaminada con una pérdida de capacidad laboral del 53.65%, por lo que no podía ordenarse el pago de la suma de \$15.500.000.00, por dicho concepto.

Por lo anterior, pide se revoque la sentencia de primera instancia, al no existir una responsabilidad civil contractual con la señora Leda Sofía Salcedo, pues no formaba parte del contrato de seguro al no ser estudiante de pregrado, y se encuentra configurada la exclusión al deber de indemnizar derivada de preexistencia médica que fue la que le generó el ACV a la demandante.

III. TRASLADO DEL RECURSO.

Del recurso propuesto se corrió traslado al demandado quien indicó que es carga de la aseguradora probar la preexistencia médica alegada, así lo ha reconocido la

jurisprudencia de la Corte Constitucional al expresar que previo a la celebración de un contrato de seguros y/o medicina prepagada, la compañía contratante, que cuenta con el personal calificado y acceso a los equipos necesarios, tiene la obligación de practicar a los beneficiarios y/o usuarios los exámenes correspondientes, para determinar con claridad las enfermedades o dolencias de estos, que por ser preexistentes serían excluidas del contrato, razón por la que, tales excepciones de cobertura no pueden estar señaladas en forma genérica, pues la compañía tiene la obligación de determinar, por medio de los exámenes previos a la suscripción del contrato, cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario.

En igual sentido menciona que no es cierto que la señora Leda Sofía Salcedo tiene el antecedente de haber sufrido un ACV en el año 2012, y que producto de dicho antecedente le sobrevino el ACV hemorrágico el día 16 de agosto de 2016, pues no existe prueba alguna que corroboren que efectivamente ello fue así, sino que solo se limita a esgrimir simples afirmaciones subjetivas que poco o nada acreditan lo ocurrido.

Que por el contrario se encuentra demostrado que la demandante para la época de vigencia del contrato de la póliza de seguro de accidentes personales integrales Estudiantil No. 1000001337, se encontraba matriculada y cursando estudios en el programa E-MEDIADOR EN AVA ofertado por la escuela de ciencias de la educación ECEDU, –programa de educación superior, formador de formadores– en la institución universitaria tomadora de dicho seguro, conforme se desprende de la Certificación expedida por el coordinador de registro y control de la UNAD, situación está que la hace beneficiaria de los amparos contratados, toda vez que los estudiantes de educación continuada se asimilan dentro de la categoría de estudiante de pregrado, tal como se encuentra acreditado con el Oficio 2019-00239 de fecha 8 de octubre de 2019, expedido por la Dra. Esther Constanza Venegas Castro, Secretaria General de la UNAD.

En consecuencia, pide se confirme integralmente la sentencia recurrida.

IV. CONSIDERACIONES.

Es cuestión de primer orden precisar que, la competencia de esta superioridad está demarcada por la inconformidad propuesta por el apelante, pues si éste expresa su desdén con la decisión del a quo, tal acto provoca la competencia del juzgador de

segundo grado, señalando los límites dentro los cuales corresponde decidir la controversia, en la medida en que, si se confina la crítica a algunas zonas del litigio, las demás estarían vedadas para el *Ad-quem*.

El máximo Tribunal de casación en Colombia precisó que el sentenciador “*de segundo grado no tiene más poderes que los que le ha confiado el recurso formulado, pues no está autorizado para modificar las decisiones tomadas en la sentencia que no han sido impugnadas por la alzada, puesto que al efecto no tiene competencia, como quiera que se trata de puntos que escapan a lo que es materia de ataque*” (Sent. Cas. Civ. de 4 de Julio de 1979).

Por lo anterior, los problemas jurídicos se concretarán en determinar (i), si el accidente cerebrovascular padecido por la demandante no corresponde a un hecho violento, externo, imprevisto y repentino, definido en el clausulado de la póliza de seguro. (ii) si la purpura trombocitopenica y el ECV hemorrágico padecido por la accionante en el año 2012 constituye una retención, que ocasionaría que se declare la nulidad relativa del contrato de seguro. (iii) si la demandante carece de legitimación en la causa por activa para deprecar el pago de la póliza de seguro estudiantil al no tener la condición de estudiante de pregrado de la UNAD. (iv) si no hay lugar a reconocer monto alguno por concepto de rehabilitación integral, teniendo en cuenta que la demandante no obtuvo un porcentaje de pérdida de capacidad laboral superior al 66%.

Por técnica jurídica, esta Colegiatura iniciará su estudio con los dos primeros problemas jurídicos, habida cuenta que, de encontrarse probados los elementos constitutivos de la misma, no resultaría necesario entrar a analizar el resto de los reparos efectuados por el demandado contra la providencia recurrida.

La providencia venida en apelación será revocada con fundamento en las razones de hecho y de derecho que a continuación se exponen.

El contrato de seguro es definido como “*un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador –en algunas ocasiones también beneficiario- se obliga al pago de una prima a favor de otra llamada asegurador, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de riesgo –siniestro- que afecta la integridad física o el patrimonio del primero*”.¹

¹ Sentencia T- 240 de 2016.

De igual forma, el artículo 1037 del Código de Comercio define que las partes de este contrato son asegurador y tomador, donde el primero corresponde a la persona jurídica que asume los riesgos, mientras que el tomador es aquella persona que por cuenta propia o ajena traslada los riesgos. Así mismo, el artículo 1045 del C. Co. determina que sus elementos esenciales son: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador.

El riesgo es definido como un evento incierto y futuro, que comporta un daño, una situación perjudicial o un siniestro.

Para ser materia de aseguramiento el riesgo debe ser real, es decir, susceptible de potencial ocurrencia, lo cual descarta el amparo de riesgos inexistentes, bien porque el suceso no tendría la virtualidad de ocurrir, o porque se produjo antes de la vigencia del contrato de seguro.

Es decir, el seguro cubre los riesgos previstos en el contrato, cuya causación es latente a futuro, sin que necesariamente involucre todos los eventos inciertos y dañosos, pues las pólizas delimitan cuáles riesgos están cubiertos y cuáles no. Es por ello, que las aseguradoras pueden convenir cuáles riesgos están dispuestas a cubrir y cuáles no.

Dentro de las causas excluyentes del riesgo encontramos unas de tipo legal y otras de origen convencional. Dentro de las primeras, se encuentran la provocación intencional del riesgo, tal como lo consagra el artículo 1055 del C. de Comercio, y las convencionales son aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo el origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.

Las cláusulas convencionales son válidas, al hallar su sustento en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, *«a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»*.

Pero además de ello, el contrato de seguros revela una arista sui generis en relación a los demás pactos negociales, y se trata, de que el elemento de la buena fe tiene

una incidencia preponderante en esa clase de contratos. La razón es elemental: las condiciones exactas de riesgo del asegurado son las que llevan al asegurador a definir si contrata o no, por ende, la sinceridad de aquél en la información en torno a esas condiciones – que solo él conoce -, reviste aquí una trascendencia capital.

En armonía con esa trascendencia que en el contrato de seguros tiene el elemento de la buena fe, el artículo 1058 del Código de Comercio exige de manera perentoria y terminante al asegurado, una absoluta sinceridad en su declaración en torno a las condiciones de riesgo, ya que de lo contrario, vale decir, si incurre en una reticencia o inexactitud de entidad tal que si el asegurador la hubiere conocido no hubiere contratado, el legislador sanciona severamente tal deslealtad, afectando al contrato de nulidad relativa.

En efecto, esa preceptiva regla:

“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.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

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

Al referirse a este aspecto, la Corte Suprema de Justicia en sentencia emitida el 13

de diciembre de 2018, sostuvo:

“La reticencia en materia de seguros.

(...)

5.2. Responsable de la información veraz, previa a la contratación del seguro.

5.2.1. 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.

Ahora bien, esas inexactitudes y reticencias son predicables del tomador, ya que éste es el obligado «... a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (...)», como lo refiere el canon 1058 del C. de Comercio. De manera que si él conocía la circunstancia omitida o podía conocerla, hay lugar a la sanción de nulidad relativa por reticencia, pero si ignoraba ese hecho, por ejemplo, porque era del resorte del asegurado, cuando éste es persona diferente del tomador, no es posible hablar de aquella.

Dicho en otras palabras, si el tomador no oculta información o, lo que es lo mismo, si declara sincera y completamente el estado del riesgo fundado en la información objetiva que tiene sobre el mismo, no habría incumplimiento de sus deberes en la etapa precontractual, y ello descartaría la presencia de la mencionada causal de invalidez. Así lo indica Morandi cuando dice que «[!]la declaración es reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta o de manera confusa, usando palabras de equívoco significado»². En cambio, como es apenas obvio, no aplica dicha consecuencia cuando la declaración es plena y veraz.

Como se tiene claramente establecido, no es suficiente que se aduzca la mera gestación de estado de desconocimiento o de ignorancia fáctica acerca de unos específicos hechos, porque es menester que dicho estado o ignorancia se generen en forma legítima o se tornen excusables (‘carga de diligencia’). ‘La buena fe –bien

² Morandi, Juan Carlos. Estudios de Derecho de Seguros. Buenos Aires, editorial Pannedille. Pág. 236.

se ha afirmado- debe ser ignorancia, pero, también, ignorancia legítima, es decir, de tal naturaleza que no haya podido superarse con el empleo de una diligencia normal'(3), la que, en últimas, sirve para justificar la solicitud del asegurador relativa al decretum de tan severa sanción, puesto que '...la buena fe excluye la posibilidad de un actuar culposo', contrario a '...un actuar prudente, cuidadoso, diligente y previsor' (4).

De lo transcrito, se concluye que la expresión «ha debido conocer», contemplada en el inciso final del precepto 1058, no excluye el deber del tomador, consistente en informar al asegurador sobre todas aquellas circunstancias conducentes e importantes, relacionadas con el estado del riesgo, sino que, en esa labor, vincula a éste, que en el marco de un deber concurrente y correlativo le corresponde inicialmente efectuar una indagación pertinente, en orden a procurar una sincera declaración sobre el estado del riesgo.

Adicional a ello, partiendo de esa declaración, puede y debe informarse sobre los contornos del riesgo, de manera que pueda contrastar la información recibida con la auscultada, y así evaluar el peligro de una forma mucho más acertada, que permita arribar a un acuerdo sobre bases certeras acerca de la contingencia inesperada que se quiere amparar.

Conforme a lo expuesto, cabe concluir que si bien la reticencia conduce, en línea de principio, a una nulidad relativa del contrato, por erosionar la buena fe que gravita en este particular negocio, tal figura debe examinarse cuidadosamente a la luz de la actividad de cada parte, esto es, de la conducta asumida por los extremos de la relación a lo largo de la formación del contrato, pues no siempre que el tomador omite datos determinantes del estado del riesgo se llega a esa sanción, en tanto, puede ocurrir que paralelamente a ese actuar, el asegurador haya omitido o prescindido de formular preguntas al tomador, que hubiesen permitido conocer -por su calificado oficio- los hechos que le servían de soporte para contratar el seguro.”.

Dimana entonces de lo expuesto, que en el evento en que el asegurado falte a su deber de sinceridad al momento de declarar su exacta condición de riesgo, de tal

³ Emilio Betti, Teoría general de las obligaciones, Editorial Revista de Derecho Privado, Vol. I, Madrid, 1969, p. 78. Cfme: Franz Wieacker. El principio general de la buena fe, Cívitas, Madrid, 1.982, p. 66 y Manuel De La Puente. La Fuerza de la buena fe, en Contratación Contemporánea. Bogotá. 2000. Pág. 276.

⁴ Jorge Mosset Iturraspe, Justicia contractual, Ediar, Buenos Aires, 1.977, p. 150. Cfme: Vincenzo Roppo. Il Contratto. Giuffrè. Milán. 2001. Pág. 178.

forma que si el asegurador hubiere conocido la realidad al respecto se habría abstenido de contratar, o lo hubiere hecho en otros términos, menesterosamente se configura la nulidad relativa del contrato de seguros.

La reticencia implica per se, un comportamiento signado por el ocultamiento de una realidad. Para que ella se configure es requisito nodal, que el tomador calle de manera deliberada una información de cuya relevancia es consciente, para generar la errática calificación del estado del riesgo por parte del asegurador. La inexactitud en esa declaración requiere entonces, una conducta del tomador indubitadamente dirigida a distorsionar la verdad de los hechos esenciales al objeto del seguro y por ello, tamaña deslealtad contractual tiene como consecuencia jurídica la nulidad relativa del seguro.

En el presente caso tenemos que la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD suscribió la póliza No. 33-68-1000001337 con Seguros de Vida del Estado S.A., cuyos asegurados eran los alumnos de pregrado de esa institución educativa, la cual tenía como finalidad *“otorgar coberturas a los alumnos asegurados de pregrado, y educación básica y media durante la vigencia contractual, iniciando la cobertura de cada asegurado que ingrese a cursar sus estudios a la Universidad con el pago de la matrícula y/o iniciación de clases, lo que ocurra primero; cuando estos sufran alguna lesión orgánica, perturbación funcional permanente o temporal causada por accidente, el cual se entiende como hecho exterior, imprevisto, repentino, violento e independiente de la voluntad, que no haya sido provocado deliberadamente por el asegurado (...)”*⁵

Asimismo, en la mencionada póliza de seguro, se dejó constancia que: *“se realiza la inclusión de 14.902 alumnos asegurados bajo el amparo de la presente póliza, con una prima individual de \$8.200, para una prima en agosto de 2016 hasta el 02 de febrero de 2017”*⁶.

Dentro de los amparos y valores individuales descritos en la póliza se señalaron entre otros los siguientes:

Incapacidad total y permanente	\$15.000.000, 00
Rehabilitación Integral	\$15.000.000, 00
Gastos médicos por enfermedad	\$12.000.000, 00

⁵ Ver folio 139 del cuaderno de primera instancia.

⁶ Ver folio 126 del expediente.

Renta diaria por hospitalización accidental \$50.000, oo.

Los cuales corresponden a los conceptos reclamados por la demandante dentro del presente asunto, por lo que surge necesario analizar el clausulado de la póliza en lo referente a dichos amparos, toda vez que la responsabilidad contractual que se depreca se encuentra delimitadas por las estipulaciones del contrato de seguro, de tal modo que no puede obtenerse indemnización sino por las razones y en los precisos términos convenidos.

La verificación de los siniestros antes señalados, debía sujetarse a lo previsto en la póliza, razón por la cual se hace necesario auscultar el concepto de cada uno de los amparos señalados en la póliza de seguros, a fin de determinar el alcance, profundidad y sentido de las cláusulas del contrato de seguro.

El amparo de rehabilitación integral por invalidez tiene como finalidad *“se cubre los gastos correspondientes a la rehabilitación del alumno asegurado, a quien se le haya calificado, según la ley 100 y sus decretos reglamentarios, una invalidez superior al 66%, en cuyo caso se reconocerá hasta el valor asegurado contratado, por reembolso o mediante atención directa en las I.P.S. con convenio, las siguientes asistencias tendientes a su rehabilitación:*

- Consulta médica especializada.
- Valoración por psicología y apoyo familiar.
- Manejo por terapia física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria.
- Exámenes de diagnóstico neuroelectrofisiológicos invasivos y no invasivos.
- Atención grupal de apoyo.
- Orientación familiar.
- Servicios de orientación y ubicación laboral.
- curaciones.
- Suministro para curaciones y terapias respiratorias.⁷

En lo que respecta al amparo de gastos médicos por enfermedad se dispuso que: *“Amparo especial para gastos médicos derivados de tratamiento en las siguientes enfermedades:*

- Cáncer.

⁷ Ver folio 130 del expediente.

- Poliomielitis.
- Leucemia.
- Tetano.
- Escarlatina.
- Sida.
- Afección general crónica.
- Infarto Agudo de miocardio.
- Accidente cerebro vascular.⁸

En el amparo de renta diaria por hospitalización accidental se estableció que: *“Por la hospitalización en una institución médica legalmente reconocida, como consecuencia de un accidente amparado por la póliza VIDAESTADO pagará el valor asegurado contratado diario, cuando la hospitalización sea por un periodo superior a ocho (08) días con un máximo de treinta (30) días. Es entendido que por los primeros ocho (08) días de hospitalización no se pagará el valor asegurado diario contratado, es decir, solo se pagará el día nueve (09) en adelante y hasta el máximo indicado.”*⁹

Finalmente, el amparo de Incapacidad total y permanente por enfermedad no preexistente dispuso que: *“VIDAESTADO mediante el presente anexo, otorga cobertura por el riesgo de incapacidad total y permanente pro enfermedad no preexistente, siempre y cuando al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por el régimen de seguridad social (Manual Único de Calificación de Invalidez), 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 caratula de la póliza.”*

*Los beneficios concedidos mediante el presente anexo se otorgarán, bajo la condición que el evento generador de la incapacidad y su estructuración se presente durante la vigencia de la póliza y antes de la fecha en que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad”.*¹⁰

En la cláusula tercera de la póliza se establecieron las definiciones de las distintas expresiones utilizadas en el contrato de seguro, al respecto se indicó que el accidente (aplicable a todos los amparos) debía entenderse como: *“El hecho violento, externo, imprevisto repentino e independiente de la voluntad del alumno*

⁸ Ver reverso del folio 130 del expediente.

⁹ Ver folio 110 del expediente.

¹⁰ Ver folio 111 del expediente.

asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en su integridad física, evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas medicamente comprobadas”.

La problemática principal del presente asunto se sitúa en la interpretación que da la póliza de accidentes personales integrales estudiantil No. 1000001337, al término “accidente”, contenido en cada uno de los amparos descritos en el contrato de seguro.

Razón por la cual se hace necesario acudir a las reglas de interpretación contractual, la cual establece que las estipulaciones incorporadas en el contrato deben interpretarse de forma armónica, tal como lo dispone el artículo 1622 del Código Civil que: “[l]as cláusulas de un contrato se interpretarán unas por otras, dándose a cada una el sentido que mejor convenga al contrato en su totalidad”, posición que ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 7 de octubre de 1976, al disponer que:

“11. La doctrina de la Corte, al abordar el tema de la interpretación de los contratos, tiene sentado que el juzgador, al acudir a las reglas de hermenéutica, debe observar, entre otras, aquella que dispone examinar de conjunto las cláusulas, ‘analizando e interpretando unas por otras, de modo que todas ellas guarden armonía entre sí, que se ajusten a la naturaleza y a la finalidad de la convención y que concurran a satisfacer la común intención de las partes. El contrato es un concierto de voluntades que por lo regular constituye una unidad y en consecuencia sus estipulaciones deben apreciarse en forma coordinada y armónica y no aislando unas de otras como partes autónomas, porque de esta suerte se podría desarticular y romper aquella unidad, se sembraría la confusión y se correría el riesgo de contrariar el querer de las partes, haciéndole producir a la convención efectos que éstas acaso no sospecharon’ (Cas. Civ., mar. 15/65, T. CXI y CXII, pág. 71; jun. 15/72, aún no publicada)”. Subraya fuera del texto.

En lo que concierne a la interpretación del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de Casación Civil del 27 de agosto de 2008, señaló que:

“Constituyendo un negocio jurídico por o de adhesión, donde de ordinario, el contenido está predispuesto por una de las partes, usualmente en su interés o tutela sin ningún o escaso margen relevante de negociación ni posibilidad

de variación, modificación o discusión por la otra parte, aun cuando, susceptible de aceptación, no por ello, su contenido es ilícito, vejatorio o abusivo per se, ni el favor pro adherente e interpretatio contra stipulatorem, contra preferentem, actúa de suyo ante la presencia de cláusulas predispuestas, sino en presencia de textos ambiguos y oscuros, faltos de precisión y claridad, en cuyo caso, toda oscuridad, contradicción o ambivalencia se interpreta en contra de quien las redactó y a favor de quien las aceptó (...)

Del mismo modo, “cómo se historió en providencia del 29 de enero de 1998 (exp. 4894), de antaño, la doctrina de esta Corte (CLXVI, pág. 123) tiene definido que el contrato de seguros debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (arts. 1048 a 1050 del C. de Co.), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria; que, ‘en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse ‘escritura contentiva del contrato’ en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación, evitando favorecer soluciones en mérito de las cuales la compañía aseguradora termine eludiendo su responsabilidad al amparo de cláusulas confusas que de estar al criterio de buena fe podrían recibir una inteligencia que en equidad consulte mejor los intereses del asegurado, o lo que es todavía más grave, dejando sin función el contrato a pesar de las características propias del tipo de seguro que constituye su objeto, fines éstos para cuyo logro desde luego habrán de prestar su concurso las normas legales, pero siempre partiendo del supuesto, valga insistir, de que aquí no son de recibo interpretaciones que impliquen el rígido apego literal a estipulaciones consideradas aisladamente y, por ende, sin detenerse en armonizarlas con el espíritu general que le infunde su razón de ser a todo el contexto contractual del que tales estipulaciones son parte integrante.’ 2º) En armonía también con las orientaciones generales ofrecidas en el numeral anterior, la Corte ha deducido como requisito ineludible para la plena eficacia

de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento ‘de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado’ (cas. civ. 24 de mayo de 2005, SC-089-2005 [7495]).

Por lo anterior, ha señalado la Sala, “no puede el intérprete, so pena de sustituir indebidamente a los contratantes interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no han convenido, ni para excluir los realmente convenidos, ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no solo se encuentran expresamente excluidos, sino que, por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida” (cas. civ. 23 de mayo de 1988, exp. 4984). Subraya fuera del texto.

Conforme a las estipulaciones del contrato de seguro señaladas en párrafos anteriores y a los hechos que dieron origen a la presente reclamación, advierte el despacho que el accidente cerebrovascular padecido por la demandante no corresponde a un hecho violento externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, toda vez que dicha afección atañe es a una enfermedad cerebrovascular, la cual se origina *“cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, causando un sangrado dentro de la cabeza”*.¹¹

Asidos del precedente jurisprudencial, puede interpretarse que el accidente cerebrovascular que sufrió la demandante no corresponde a un hecho violento, pues debe entenderse por éste aquel en el que se acude a una fuerza violenta o que se realiza de manera brusca o con intensidad extraordinaria, mientras que el que alude la demandante corresponde al desarrollo de una enfermedad general adquirida con mucha anterioridad y no de un hecho en el que haya intervenido una fuerza brusca, violenta.

¹¹ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>.

Tal interpretación se desprende no solo las diferentes cláusulas del contrato de seguro sino también su finalidad y denominación, pues se itera estamos en presencia de una póliza de accidentes personales integral estudiantil, que tiene como propósito: *“otorgar coberturas a los alumnos asegurados de pregrado, y educación básica y media durante la vigencia contractual, iniciando la cobertura de cada asegurado que ingrese a cursar sus estudios a la Universidad con el pago de la matrícula y/o iniciación de clases, lo que ocurra primero; cuando estos sufran alguna lesión orgánica, perturbación funcional permanente o temporal causada por accidente, el cual se entiende como hecho exterior, imprevisto, repentino, violento e independiente de la voluntad, que no haya sido provocado deliberadamente por el asegurado (...)”*

De modo que si en el contrato de seguros quedó determinado los amparos a una clase determinada de riesgos, y en este caso la compañía aseguradora estableció que la póliza de accidentes personales integrales estudiantil No. 1000001337, solo amparaba aquellos sucesos violentos imprevistos, repentinos, e independiente de la voluntad del asegurado, lo cual corresponde a la facultad que tiene el asegurador de , *asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”*. (art. 1056 del C. de Co), el accidente cerebrovascular padecido por la demandante al no haber sido violenta su génesis, sino al desarrollo de una enfermedad que data del año 2012, acreditada en el plenario tal como lo resalta la parte demandada en sus inconformidades frente a la sentencia de primer grado, se encuentra excluida del amparo.

En lo que concierne a la reticencia que invoca la demandada, no existe dubitación alguna, de que a la luz de la normatividad legal aplicable y la jurisprudencia reseñada la demandante en su calidad de asegurada faltó a la verdad en las declaraciones de asegurabilidad que hizo ante la entidad al declarar sobre su estado de riesgo, toda vez que, ninguna otra cosa se desprende de las pruebas allegadas al expediente, resultando por tanto errada la decisión del Juez de Primera Instancia de no dar por probada estándolo la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la asegurada.

Vemos que al expediente se arrimó como prueba el dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez de la señora LEDA SOFIA SALCEDO VEGA donde consta en el acápite de historia clínica: *“usuaria con cuadro clínico consistente en incapacidad continúa prolongada, completa 237 días*

de incapacidad temporal. Paciente con historia de ACV hace 04 años, primer evento el 30-06-2012, al parecer sin mayores secuelas. Repite episodio en agosto de 2016. Tiene antecedentes de Hipertensión arterial. Valorada por neurocirugía 10-04-2017 bajo tratamiento medico por hemorragia intraparenquimatosa temporal izquierdo que fue intervenida quirúrgicamente para resección de hematoma mediante craneotomía en septiembre de 2016 con secuelas de afasia motora, bradipsiquia y posterior desarrollo de hidrocefalia tetraventricular, realizándole derivación ventriculoperitoneal. Al examen físico presenta disfasia motora inicialmente severa que ha requerido terapias. Tratamiento multidisciplinario con neurocirugía, terapia física y rehabilitación. Pronóstico de rehabilitación desfavorable. Subraya fuera del texto. Y como diagnostico o motivo de calificación: “1. Hemorragia Intracerebral, 2. Enfermedad cerebrovascular 3. Hipertensión arterial”.

De manera que, el accidente cerebrovascular que actualmente padece la demandante es consecuencia del que presentó en el año 2012, e incidió en la calificación de su pérdida de capacidad laboral e invalidez total y permanente.

Asimismo, en su historia clínica consta la atención y prestación de servicios de salud a la precitada demandante, por parte de la CLINICA DEL CESAR, obrando en esta, que para el año 2012 tenía diagnóstico de ACV hemorrágico de hace 03 años (2012), del cual no existe constancia en el plenario que hubiera recibido tratamiento médico.

Quiere decir lo anterior que, definitivamente cuando la actora adquirió el 08 de julio de 2016 la póliza de accidentes personales integrales estudiantil No. 1000001337, una vez cancelado el importe correspondiente al costo del seguro en su recibo de pago, ya había sido diagnosticada con un accidente cerebrovascular 04 años, atrás lo cual a sabiendas no manifestó al momento de declarar el riesgo y adquirir la póliza de seguro.

Siendo, así las cosas, quedó demostrado fehacientemente que la señora Leda Sofia Salcedo Vega, ocultó deliberadamente al adquirir la póliza de accidentes personales integrales estudiantil No. 1000001337 ante la compañía aseguradora demandada el día 08 de julio de 2016, que le había sido diagnosticado un accidente cerebrovascular hacía 04 años, el cual resultó de tal entidad que generaron que Seguros de Vida Alfa S.A., le declarara una incapacidad total y permanente del 53.65%, lo cual obviamente lleva a colegir, que si la empresa aseguradora hubiere conocido la existencia de dicha patología y antecedentes médicos, muy

seguramente se habría abstenido de contratar o hubiera hecho más onerosa la relación contractual, por lo que al ocultarse tal circunstancia tal declaración está indudablemente signada de reticencia.

En ese contexto no resultan admisibles para el despacho, los argumentos de la parte demandante y del jugador de primer grado, concernientes a que como la demandada al venderle la póliza no le investigó los antecedentes de salud, no le es dable alegar la reticencia referenciada, ya que la Corte Constitucional, cambió la jurisprudencia al respecto retomando la de la Corte Suprema basada en lo estipulado en el art. 1.158 del código de comercio que dice *“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.” no puede, entonces, como lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el estado del riesgo al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, por cuanto, se reitera, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que lo determinan*¹².

La Corte Suprema de Justicia en sentencia del 26 de abril de 2007, rad. 1997-04528-01, recordó que:

Lo del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto “debido conocer” de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia –en últimas su profesionalismo–, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de “los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”, por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 1 de junio de 2007, rad. 2004-00179-01. Reiterada en Sentencia del 16 de diciembre de 2016, SC18563.

excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (subrayado del texto).

A su vez, la Superintendencia Financiera en providencia del 12 de octubre de 2016, rad 2015-1473, *“Conforme lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado tiene la obligación de mencionar cuáles son las dolencias que presenta antes de la celebración del contrato y cubrimiento de la póliza, pues la reticencia o inexactitud en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo da lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o a la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora.*

Entonces, incurre el asegurado en reticencia cuando la Aseguradora le presenta para su diligenciamiento un cuestionario específico, sobre hechos o circunstancias que rodean el riesgo y las respuestas al mismo ocultan o encubren una situación, siendo que tales manifestaciones resultan relevantes para el contrato, versan sobre hechos que eran o debían ser por él conocidos y que, de haber sido conocidas por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas.”

De manera que, mal puede enrostrársele a la asegurada una falta de diligencia para conocer el verdadero estado del riesgo al contratar el seguro, alegando que pudo haber conocido las enfermedades que padecía la asegurada, cuando esta no le puso de presente las posibles anomalías de su estado de salud que implicaran la agravación del riesgo o la imposibilidad de contratar el seguro.

Lo anterior, se encuentra refrendado por la Corte Constitucional que en sentencia T-660 de 2017, indicó al respecto:

“En el caso de los seguros de vida o de daños, 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, sin que quepa imponer límites adicionales a los contenidos en la ley. Así, por ejemplo, en el caso específico de los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo],

ni de las sanciones a que su infracción de lugar”.

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 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 tomador (asegurado) se allana a contratar un seguro y declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información se determine por la aseguradora 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 suerte que, si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.”

De manera que, desprendiéndose de los elementos probatorios que obran en el expediente, que la señora Leda María Salcedo Vega, no manifestó que padeciera alguna enfermedad, al momento de celebrar el contrato de seguro el día 08 de julio de 2016. Tal negación es contraria a lo que se aprecia en la historia clínica y en el dictamen de pérdida de capacidad laboral, donde se observa que, desde el año 2012, se había diagnosticado la enfermedad cerebro vascular alegada por la aseguradora, por lo que resulta evidente que, a partir de lo acreditado y expuesto dentro del proceso, tal y como lo manifiesta el apelante, se está en presencia del fenómeno de la reticencia de la asegurada, por encontrarse demostrado el nexo causal entre la invalidez y las enfermedades no declaradas, las cuales fueron las determinantes en su pérdida de capacidad laboral, existiendo en consecuencia una completa relación causal entre el siniestro y los antecedentes patológicos ocultados, tal como lo dejó sentado la sentencia T-094 de 2019 de la Corte

Constitucional.

Es pertinente reiterar que tal y como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia, sea cual haya sido la razón del proceder del asegurado, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz, sin que pueda considerarse, como se dijo en precedencia, que para que pudiera configurarse la reticencia del demandante, debía probarse su mala fe, menos aun con sustento en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pues no estamos ante el debate de la vulneración o no de derechos fundamentales y cuando esa alta corporación ha dejado establecido que la falta de sinceridad al declarar el estado del riesgo al momento de contratar el seguro de vida contraría los principios por los cuales se rige dicho negocio jurídico lo que lo invalida relativamente por configurarse la reticencia, como se estableció en precedencia.

Así pues, dilucidando el asunto en cita bajo la normatividad y la jurisprudencia reseñada en precedencia, resulta diáfano para esta agencia judicial, que el accidente cerebrovascular padecido por la demandante no corresponde a un hecho violento, externo, imprevisto y repentino, definido en el clausulado de la póliza, igualmente se encuentra demostrado que la asegurada faltó al deber de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, por lo que se presenta la reticencia denunciada por la demandada, que trae como consecuencia la nulidad relativa del contrato de seguro, y como si lo anterior fuera poco el condicionado general y particular de la póliza estudiantil señala que el amparo de Rehabilitación integral solamente se puede afectar si ese porcentaje supera el 66%, y la demandante fue dictaminada con una pérdida de capacidad laboral del 53.65%, por lo que mal puede ordenarse a su favor el pago de la suma de \$15.500.000.00, razones todas más que suficientes para acceder a la revocatoria de la sentencia dictada en primera instancia, para en su lugar, declarar probadas las excepciones propuesta de Inexistencia de Cobertura de la Póliza estudiantil e inexistencia de contrato por preexistencia médica, la cual conlleva a que se nieguen todas las pretensiones de la demanda.

Por lo anterior, el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Valledupar,

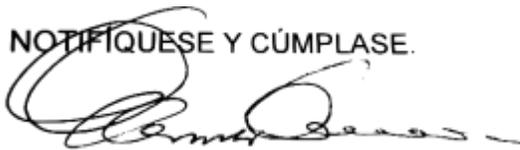
RESUELVE:

PRIMERO. REVOCAR la sentencia de fecha seis (06) de diciembre de 2019, proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Valledupar – Cesar, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído. Y en su lugar,

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda formulada por LEDA SALCEDO VEGA contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

TERCERO. Condenar en costas a la parte demandante a pagar las costas en ambas instancias conforme a lo dispuesto en el Artículo 365 - 4 C.G.P; en la primera instancia en la suma de Tres Millones Ochenta Mil Pesos (\$3.080.000.00) y en segunda instancia a un (1) salario mínimo mensual legal vigente equivalente a la suma de (\$908.526.00).

CUARTO: Remítase la actuación al juzgado de origen para lo de su competencia.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.

DANITH CECILIA BOLÍVAR OCHOA
JUEZ.

C.B.S.

Firmado Por:

DANITH CECILIA BOLIVAR OCHOA

JUEZ

JUZGADO 05 DE CIRCUITO CIVIL ESCRITURAL DE LA CIUDAD DE VALLEDUPAR-CESAR

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:

f64cef4e17984d4b6fedd0f147bef5f7146537f6ed40ea2100247d7ad0258738

Referencia: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL promovido por LEDA SALCEDO VEGA contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. RADICACIÓN: 20001 40 03 004 2018 00307 01.

Documento generado en 15/07/2021 10:00:55 a. m.

Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>