



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**

Valledupar, once (11) de Julio de Dos Mil Veintitrés (2023)

**PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL.
DEMANDANTE: DALVIS LAUDITH ORTIZ CORREA.
DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
RAD: 20001-40-03-002-2019-00357-01**

ASUNTO

Define el Despacho esta instancia, por lo que procede a dictar SENTENCIA ESCRITURAL, de conformidad con los lineamientos de la ley 2213 de 2022, en aras de resolver, el recurso de apelación oportunamente interpuesto por el apoderado judicial de la parte demandante, en contra de la sentencia que en primera instancia profirió el Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar, dentro del presente proceso.

ANTECEDENTES

1. Manifiesta el procurador judicial de la parte demandante, que su poderdante, suscribió con la compañía SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., la póliza de seguros denominada VIDA GRUPO DEUDORES N° GRD 408 05, el día 23 de marzo de 2018, como respaldo a una obligación suscrita con la entidad BANCO DE OCCIDENTE S.A., cuyos pagos se han realizado de manera mensual mediante libranza.
2. Expresa, que la demandante padece de múltiples patologías, tales como DISFONIA FUNCIONAL, FONASTENIA, DOLOR CERVICAL ANTERIO Y POSTERIOR, LIMITACION EN LA PROYECCION VOCAL, TOS SECA, ACLARAMIENTO LARINGEO, ARDOR EN LA GARGANTA etc.
3. Señala, que, como consecuencia de lo anterior, la U.T. RED INTEGRADA FOSCAL -CUB, realizó un dictamen medico de perdida de capacidad laboral o invalidez el día 13 de agosto de 2018, en el cual le diagnosticaron una INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, por perdida de capacidad laboral del 98,6%, determinándose como fecha de estructuración de la misma, el día 10 de marzo de 2017.
4. Indica, que, con base en lo anterior, la Secretaria de Educación Departamental del Cesar, a través de la Resolución N° 000944 del 13 de febrero de 2019, reconoció pensión de invalidez a la demandante DALVIS ORTIZ CORREA, a partir del 01 de enero del mismo año.
5. Esboza, que, en razón a lo expuesto, la demandante, requirió a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., con el objeto de que se hiciera efectiva la póliza de Vida Grupo Deudores N° GRD 408 05, y se cubriera el monto de la obligación contraída y asegurada con el BANCO DE OCCIDENTE.

6. Aduce también, que el día 27 de diciembre de 2018, la demandada dio respuesta a la solicitud instaurada, indicando, que no le asiste razón de realizar pago alguno como indemnización, por considerar, que el evento materia de reclamo carece de cobertura teniendo en cuenta que la fecha de estructuración de la invalidez, es 10 de marzo de 2017, la cual es anterior, a la fecha de desembolso e inicio de vigencia de la póliza, que es 23 de marzo de 2018, arguyendo, que por lo tanto, no le asiste obligación de realizar pago indemnizatorio alguno.
7. Concluye diciendo, que la compañía de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., con dicho accionar, esta ignorando que su poderdante a la fecha de adquisición de la póliza desconocía la fecha de estructuración del daño, ya que si se observa con detenimiento el folio 1 del dictamen Medico Laboral de PCL, se avizora en su parte final, las interconsultas pertinentes para calificar, y se tiene que estas inician el 15 de noviembre de 2017, y van hasta 24 de abril de 2018.
8. Así mismo refiere, que además de desconocer su poderdante la fecha de estructuración del daño, es claro que al momento del diligenciamiento de las pólizas, las compañías aseguradoras deben ser diligentes para que se realicen exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado, señalando, que si eso no se lleva a cabo, es la aseguradora quien debe asumir, la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico.

PRETENSIONES.

1º Solicita el demandante que se declare la existencia del contrato de seguros grupo deudores N° GRD 408 05, suscrito entre DALVIS LAUDITH ORTIZ CORREA, y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., en calidad de compañía aseguradora.

2º Que se declare la ocurrencia del siniestro de pérdida de capacidad laboral de la señora DALVIS ORTIZ, de conformidad con la fecha de estructuración del día 10 de marzo de 2018.

3º Que se ordene hacer efectivo el cumplimiento de la póliza de vida GRUPO DEUDORES N° GRD 408 05, por parte de la compañía SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., por un valor de TREINTA Y UN MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TRES PESOS M/CTE (\$31.147.503).

4º Que se decrete realizar el reembolso de la suma de SIETE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE (\$7.247.600), por concepto del pago de las cuotas que ha cancelado la demandante, a partir del 13 de agosto de 2018, fecha en la cual se realizó el dictamen de PCL, que determinó invalidez total y permanente para la misma.

5º Que se ordene el pago de TRECE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$13.865.000), por concepto de intereses moratorios del capital, causados, desde la fecha en que se suscribió el mencionado contrato, hasta la presentación de la demanda.

6º Que se ordene realizar el pago de las sumas en que hubiere incurrido la demandante, por concepto de gastos de conciliación.

7° Que se condene a la demandada al pago de las costas y agencias en derecho.

SIPNOSIS PROCESAL:

1. El Juzgado Segundo Civil Municipal en Oralidad de Valledupar, Cesar, admitió la demanda Verbal de la referencia, seguida por DALVIS LAUDITH ORTIZ CORREA, contra SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., por medio de providencia fechada 01 de octubre de 2019.
2. Notificados personalmente y por aviso al demandado, a través de su apoderado judicial, dio contestación a la demanda, pronunciándose sobre los hechos de la demanda, y oponiéndose a todas y cada una de las pretensiones de la misma.

La parte demandada, respecto a los hechos de la demanda, declara no admitir los hechos 2,3,4,7, y 8 de la demanda, oponiéndose a las pretensiones y proponiendo las siguientes excepciones:

- FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
- INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGUROS EXPEDIDO POR SEGUROS ALFA S.A., POR INEXISTENCIA DEL RIESGO ASEGURABLE.
- EXCLUSION EXPRESA ESTABLECIDA EN LA POLIZA GRD-408, EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
- FALTA DE COBERTURA DE LA POLIZA EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
- PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION: CADUCIDAD DEL CONTRATO DE SEGUROS POR VIOLACION DEL PRINCIPIO DE BUENA FE.
- EL VALOR ASEGURADO LO CONSTITUYE EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A FECHA DEL SINIESTRO, SIN EXCEDER EL VALOR DESEMBOLSADO.
- EXCEPCION GENERICA.

LA SENTENCIA OBJETO DE APELACIÓN

El día 13 de agosto del año 2020, el Juzgado de primera instancia, emana sentencia escritural anticipada, de conformidad a lo establecido en el numeral 2° del artículo 278 del Código General del Proceso.

En la misma, se resolvió la litis de la siguiente forma:

1° Se rechazó por innecesaria la solicitud probatoria de interrogatorio de parte pedido por la parte demandante.

2° Se declaró probada la excepción de FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro individual Grupo Deudores GRD-408.

3° Se abstuvo de estudiar las demás excepciones de mérito propuestas por la parte demandada, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la providencia.

4° Se denegó la totalidad de las pretensiones de la demanda.

5° Se condenó en costas a la parte demandante y a favor del demandado, fijándose como agencias en derecho el 5% de las pretensiones, esto es la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE (\$2.613.000).

Ante la anterior providencia se interpuso recurso de apelación por parte del apoderado judicial de la parte demandante, respecto a la valoración de las excepciones y las pruebas documentales por parte de la A-quo.

Sustenta su decisión el fallador de primera instancia, primeramente, citando la normatividad que rige la materia para el caso que nos atañe, la cual por el tipo de contrato se encuentra regulada en el Código de Comercio.

Del mismo modo, continuo con el estudio de la litis, desencadenando en la resolución de las excepciones propuestas por la parte demandada, deteniéndose solamente, en la denominada FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., considerando, que en el caso de los contratos de seguro que amparan el riesgo de invalidez, por regla general, las aseguradoras han requerido que la pérdida de capacidad laboral esté calificada en un porcentaje igual o superior al 50%.

Esboza, además, que este porcentaje se determina, por regla general, por “Colpensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y las Entidades Promotoras de Salud EPS”. Igual competencia le asiste a la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional para definir la pérdida de capacidad laboral de “los miembros de la fuerza pública, alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la policía nacional”, de acuerdo con el Decreto 1796 de 2000.

Expresa la A-quo también, que, respecto al primer criterio, esto es, que la fecha de estructuración de invalidez se determine a partir del momento en el cual una persona alcanza el 50% de pérdida de capacidad laboral, se destaca que el criterio esencial comprende la pérdida definitiva y permanente de la capacidad laboral. Motivo por el cual, la pérdida de capacidad laboral puede ser instantánea, cuando, por ejemplo, obedece a un accidente; o paulatina, situación que se presenta, por lo general, en el caso de pacientes diagnosticados con enfermedades degenerativas, crónicas o congénitas.

Preciso igualmente la Juzgadora de primera instancia, lo reglado en cuanto a la vigencia de las pólizas, estableciendo, que en concordancia con lo normado en el Artículo 1047 Código de Comercio La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato: “ (...) 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras”, aseverando, que tratándose de una póliza de vida grupo deudores, la entrada en vigencia de la póliza, no es otra que el momento a en el cual se hace el desembolso del crédito, cuyo pago se garantiza a favor de la entidad financiera, en el evento de siniestros como muerte o la incapacidad total y permanente del deudor.

Arguyo también la A-quo, que en el asunto abordado, se tiene que la fecha en la cual entró en vigencia la póliza GRD-408 expedida por COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA ALFA S.A, inició el día 23 de marzo de 2018 (fecha del desembolso del crédito), así se afirmó en la demanda por la parte demandante y se aceptó por la parte demandada en la contestación, pero existe divergencia entre las partes, frente a la fecha en que consideran se estructuró la incapacidad total y permanente de la señora DALVIS LAUDITH ORTÍZ CORREA, pues para la parte demandante debe considerarse el momento en que se expidió el dictamen, por cuanto según su decir, era de imposible conocimiento para ella saber el instante exacto cuando se configuró su pérdida antes que tal aspecto fuera dictaminado, mientras que para la compañía aseguradora, lo es aquella que constituye la fecha de estructuración incorporada en el respectivo dictamen de PCL.

Consideró además la Juez de primera instancia, que el riesgo asegurado en el presente caso deviene de una fecha objetiva y cierta, esto es el 10 de marzo de 2017, cuando la demandante ya padecía múltiples patologías consistentes en Disfonía funcional, Fonostenia, Dolor cervical anterior y posterior, Limitación en la proyección vocal, Tos seca, Aclaramiento laríngeo, Ardor en la garganta etc, que le generó 98,6% de pérdida de capacidad laboral, conforme fue corroborado por la UT. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, quien determinó en este día la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral. Por tanto, ante la voluntad contractual de las partes que determinan es claro que para ese tiempo no existía la relación contractual, es decir, la póliza no estaba vigente.

Del mismo modo hizo la salvedad la A-quo, que, la buena fe constituye un principio que disciplina y constituye un eje fundamental en los contratos de seguro, obligación que recae en el tomador, quien se encuentra en el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo, cosa que en este caso no ocurrió, teniendo en cuenta la declaración de asegurabilidad que rindió la tomadora, donde NO manifestó el verdadero estado de salud que padecía, así, hubo preexistencia, lo cual se entiende como las afecciones que ya venían aquejando a la paciente en el momento de suscribir el contrato, y que por tanto, no se incluyen como objeto de los servicios, es decir no se encuentran amparadas.

Por último, desato la litis resolviendo, *“se declarará probada la presente excepción y en concordancia con lo normado en el inciso 2º Artículo 282 Código General del Proceso, la suscrita operadora judicial se abstendrá de estudiar las excepciones restantes (2. Ineficacia del contrato de seguros expedida por Seguros de Vida Alfa S.A por inexistencia del riesgo asegurable. 3. Exclusión expresa establecida en la póliza GRD-408 expedida por Seguros de Vida Alfa S.A. 4. Falta de cobertura de la póliza expedida por Seguros de Vida Alfa S.A. 5. Pérdida del derecho a la indemnización: caducidad del contrato de seguros por violación del principio de buena fe. 6. El valor asegurado lo constituye el saldo insoluto de la deuda a fecha del siniestro sin exceder el valor desembolsado)”*.

LA APELACIÓN

Inconforme con la decisión, la parte demandante interpone recurso de apelación, el cual se sustenta en lo que el despacho compendia así:

Manifiesta el apelante que se opone a los fundamentos de la A-quo, toda vez que considera, que la jueza no analiza en conjunto las circunstancias fácticas que dieron origen a la demanda presentada por su cliente contra SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., porque si bien es cierto que dentro del recuento de los hechos se mencionan las fechas en que tomó la póliza su cliente, la fecha de estructuración y la fecha de expedición del dictamen, no es menos cierto que este dictamen fue emitido en una fecha posterior a la toma de la póliza de deudores y el crédito en la entidad bancaria, lo cual pone en una situación de desventaja frente a la reclamación de sus derechos a la señora ORTIZ CORREA, quien acude a la justicia en pro de garantizar la protección y efectividad de sus derechos.

Del mismo modo, expresó, que respecto a la afirmación del despacho de que el tomador de la póliza debe declarar todas las circunstancias de manera concreta que sean inherentes de riesgo al momento de suscribir dicho contrato, y recalca en reiteradas oportunidades que era deber de la señor DALVIS ORTIZ CORREA, conocía sobre su pérdida de capacidad laboral al tomar la póliza genera preocupación, toda vez que la juez está excluyendo la responsabilidad que tiene la entidad de verificar la información entregada por su poderdante, hace que recaiga de manera inmediata una presunción de mala fe sobre el actuar de su apoderada, quien solo busca reclamar lo justo.

Señalo, también, que no es menos cierto que la entidad SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., está en la obligación de verificar el estado de salud de quien toma un crédito, para lo cual cuenta con el personal correspondiente del análisis de dichos clientes, así mismo manifestó, que es erróneo afirmar el conocimiento del grado exacto de pérdida de capacidad laboral de su cliente, toda vez que aunque bien es cierto que venía siendo tratada por diversos padecimientos, en la fecha en la cual tomó el crédito no se encontraba en estudio de la Junta de Calificación de Invalidez.

Por todo lo anterior, solicitó que se revoque la sentencia apelada, proferida por la A-quo.

Posteriormente, y atendiendo las disposiciones dadas en la ley 2213 de 2022, esta agencia judicial mediante proveído de fecha 12 de diciembre de 2022, corrió traslado a la parte demandada no apelante, por el termino de cinco (05) días, del escrito de sustentación del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, para que se pronunciara sobre el mismo.

Haciendo uso de su derecho, de acuerdo a lo manifestado en el acápite anterior, el apoderado judicial de la parte demandada no apelante, se pronunció sobre el escrito de sustentación del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, de la siguiente manera:

Aduce la procuradora judicial de la parte pasiva, que *“Atendiendo a los reproches esbozados por la parte apelante frente a la sentencia de primera instancia, encontramos que esta resulta acorde al normativo jurídico vigente, toda vez que, se evidenció dentro del plenario que no se dan los presupuestos para hacer efectiva la póliza de seguro objeto de la presente Litis, ello en atención a la falta de cobertura temporal de la póliza GRD408”*.

Expresa, además, que *“tenemos que, en el presente asunto, para que la póliza de seguro opere, se hace NECESARIO que el siniestro (estructuración de la PCL) ocurra dentro de la vigencia de la póliza, es decir a partir del 23 de marzo de 2018. Pues, es desde ese momento en que inicia el contrato de seguro, y en consecuencia es a partir de esa fecha en la que la aseguradora tiene la obligación de cubrir los eventos que se enmarquen dentro del riesgo amparado.”*.

Indica, que *“No obstante, al revisar el dictamen emitido por la UT RED INTEGRADA FOSCAL - CUB, se observa que la fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral de la recurrente es del 10 de marzo de 2017, es decir, antes de entrar en vigencia la póliza GRD408, razón por la cual, no se cumplen con las circunstancias constitutivas de siniestro (que la fecha de estructuración de la PCL se dé durante la vigencia de la póliza), estructurándose así una falta de cobertura temporal de la póliza”*.

Señala también, que, *“cabe resaltar que, de acuerdo con el artículo 1073 del Código de Comercio se estable la responsabilidad del asegurador según el inicio del siniestro, dicha norma señala: si el siniestro “se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro”*.

Manifiesta, que *“es menester hacer alusión que la fecha de estructuración de la PCL de la demandante se encuentra de acuerdo con el artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, Decreto 1655 de 2015 y el Decreto 2566 de 2009, normatividad vigente y aplicable a las patologías de la señora Dalvis Ortiz, no obstante, si la demandante no hubiese estado de acuerdo con lo establecido en el dictamen, habría interpuestos recurso en contra de éste. Sin embargo, esta guardó silencio, demostrando con ello que estuvo conforme con lo estipulado en el mismo”*.

Declara, además, que *“La buena fe en materia de contrato de seguros es considerada ubérrima bona fides, es decir, interpretando una opinión de la Corte Constitucional, en este contrato, desde su inicio, y especialmente durante su*

ejecución se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas”.

Expone, que “En el presente caso, la señora Dalvis Ortiz violó la BUENA FE que debe regir en materia de contrato y más especialmente en materia de contrato de seguros, toda vez que, antes del ingreso a la póliza, esto es, el 23 de marzo de 2018, ya contaba con distintas afecciones y enfermedades diagnosticadas como se observa en el dictamen de pérdida de la capacidad laboral, sobre las cuales no se dio ninguna información a la aseguradora”.

Por último, solicita, se confirme la decisión adoptada en la primera instancia consistente en negar cada una de las pretensiones formuladas por la parte demandante.

Dado el trámite a la alzada se resuelve previa las siguientes:

CONSIDERACIONES:

Se llama responsabilidad civil a la obligación de satisfacer la pérdida o daño causado a un tercero, debido a la naturaleza de la convención originaria, las prescripciones de la ley, las estipulaciones del contrato, la deducción de los hechos acaecidos, aunque en la realización de los mismos no haya intervenido culpa ni negligencia del obligado a reparar. Esta puede ser contractual o Extracontractual. Por la contractual se ha entendido la obligación de indemnizar que tiene la persona que le causa daños a otras con el incumplimiento o cumplimiento parcial o tardío de un contrato, convenio o convención celebrado entre el causante y el perjudicado. Por Extracontractual, se ha entendido la obligación de indemnizar, o asumir las consecuencias patrimoniales de un hecho dañoso, sin que entre causante y perjudicado existe ninguna relación jurídica anterior, es decir, la obligación de indemnizar nace simplemente de la comisión del hecho dañoso.

Dentro del campo de comportamiento se presentan determinados hechos generadores de un daño susceptible de ser reparado mediante los mecanismos judiciales, ya por una responsabilidad contractual o bien Extracontractual. El artículo 2.343 del Código Civil dispone: “Es obligado a la indemnización el que hizo el daño y sus herederos.”

La responsabilidad civil, como obligación de asumir las consecuencias patrimoniales de un hecho, un acto o una conducta, es un riesgo asegurable. La responsabilidad civil puede ser de origen contractual cuando la lesión que se ocasiona a otro patrimonio es consecuencia del incumplimiento cumplimiento tardío o inoportuno de un contrato. Los Arts. 1.602 y s.s. del Código civil regulan esta responsabilidad. En cambio, es extracontractual cuando se lesiona un patrimonio que corresponde a una persona natural o jurídica con la cual no existe ningún vínculo contractual previo. Lo regulan los Arts. 2.341 y s.s. del Código Civil.

LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

Tal como viene delimitado el objeto de decisión enmarcado en el asunto sometido a tutela jurisdiccional, se ofrece como temática jurídica determinar el tipo de responsabilidad que se ventila atendiendo el contexto expresado en la causa para pedir que sirva de fuente a las pretensiones del demandante.

En efecto, es sabido que la culpa extracontractual se diferencia de la contractual en que aquélla presupone un daño con independencia de cualquier relación jurídica

precedente entre las partes, salvo el deber genérico, común a todos los asociados, de no causar daño a otro; mientras que la contractual exige una relación jurídica sustancial preexistente, generalmente un contrato, de ahí su nombre, entre el responsable y la víctima del daño. En otros términos, el deber de indemnizar por violación del contrato se desarrolla dentro de la esfera de la preexistencia de una relación jurídica material; en cambio, cuando la indemnización deriva del acto ilícito extracontractual, la relación obligatoria surge por primera vez al producirse el daño; en ambos casos el deber de resarcimiento se incluye en el marco de una relación obligatoria.

EL CONTRATO: LEY PARA LAS PARTES

Es una verdad a puño que el contrato legalmente celebrado vincula a las partes y las obliga a ejecutar las prestaciones convenidas, de modo que si una de ellas incumple las obligaciones que se impuso, faculta a la otra para demandar bien que se le cumpla, que se le resuelva el contrato o al pago de los perjuicios que se le hayan causado por el incumplimiento, pretendiendo estos últimos ya de manera principal (arts. 1610 y 1612 del C. Civil) o ya de manera accesoria o consecencial (arts. 1546 y 1818 del C. C.), los que se encaminan a proporcionar a la parte cumplida una satisfacción pecuniaria de los daños ocasionados.

ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

Ahora bien, conocido es que la responsabilidad se estructura mediante los elementos de incumplimiento de un deber contractual, un daño y una relación de causalidad entre éstos. Lo primero indica la inejecución de las obligaciones contraídas en el contrato; lo segundo, vale decir el daño, se concreta con la prueba de la lesión o detrimento que sufrió el actor en su patrimonio, porque no siempre el incumplimiento de uno de los extremos del contrato ocasiona perjuicios al otro, pues eventos se dan en que no se produce daño alguno, es por lo que precisado se tiene cuando se demanda judicialmente al pago de los perjuicios, le incumbe al actor demostrar el daño cuya reparación solicita y su cuantía, debido a que éste último aspecto a que la condena que por este tópico se haga, no puede ir más allá del detrimento patrimonial sufrido por la víctima, carga de la prueba en cabeza del demandante que la establece el art. 1757 del Código Civil donde se dispone que incumbe probar las obligaciones quien alega su existencia, refrendada procesalmente por el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil.

Entonces, es claro que todos los elementos del incumplimiento que estructuran la responsabilidad, son autónomos, vale decir, que cada uno tiene existencia por sí mismo y no depende de los demás, se hace indispensable, entonces la demostración de todos ellos.

Así las cosas, en la acción de resarcimiento en materia contractual, indispensable es demostrar todos los elementos que estructuran la responsabilidad, es decir, la lesión o el menoscabo sufrido por el actor en su patrimonio (daño emergente y lucro cesante), la preexistencia del negocio jurídico (origen de la obligación no ejecutada), la inejecución imputable al demandado y la relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño.

CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro es el acuerdo por el cual una de las partes, el asegurador, se obliga a resarcir de un daño o a pagar una suma de dinero a la otra parte, tomador, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, a cambio del pago de un precio, denominado prima, por el tomador. El contrato de seguro puede tener por objeto

toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la ley.

El contratante o tomador del seguro, que puede coincidir o no con el asegurado, por su parte, se obliga a efectuar el pago de esa prima, a cambio de la cobertura otorgada por el asegurador, la cual le evita afrontar un perjuicio económico mayor, en caso de que el siniestro se produzca.

El contrato de seguro es consensual; los derechos y obligaciones recíprocos de asegurador y tomador, empiezan desde que se ha celebrado la convención, aún antes de emitirse la «póliza» o documento que refleja datos y condiciones del contrato de seguro.

ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

Son aquellos elementos que, de no concluir, no permiten la existencia del contrato de seguro:

- El interés asegurable
- El riesgo asegurable
- La prima
- La obligación del asegurador a indemnizar

De la anterior lectura normativa se puede extraer que el contrato de seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, tal como lo establece el artículo 1036 del Código de Comercio.

INTERPRETACIÓN CONTRACTUAL

Con el fin de dar inicio a la labor de interpretación que el juzgador debe hacer al contrato para determinar el significado efectivo del negocio jurídico, debe considerarse el mismo como una unidad, y para conocer la verdadera voluntad de los contratantes deben apreciarse todas sus estipulaciones en forma coordinada y armónica. Efectivamente, en dicha labor hermenéutica la primera y cardinal directriz que debe orientarlo es la de que, conocida claramente la intención de los contratantes, debe estarse a ella más que a lo literal de las palabras; las demás reglas de interpretación toman el carácter de subsidiario y, por lo tanto, el juez no debe recurrir a ellas sino solamente cuando le resulte imposible descubrir lo que hayan querido los contratantes; cuáles fueron realmente sus objetivos y las finalidades que éstos se propusieron al ajustar la convención.

Del mismo modo, en materia de interpretación contractual, es indispensable indagar la real voluntad o intención común de las partes al momento de signar o dar su consentimiento para la creación de un contrato. Consecuentemente, en los contratos consensuales, como el que está siendo objeto de estudio, prevalecen las diversas estipulaciones particulares, ya sean manuscritas, mecanografiadas o verbales, sobre las condiciones generales o preimpresas con las que sean incompatibles. Así, mismo, ha establecido la doctrina y la jurisprudencia nacional que en los contratos de adhesión, la interpretación de las cláusulas ambiguas u oscuras deberá ser realizada en favor del adherente; en conclusión, esta clase de contratos constituyen una categoría que debe ser diferenciada de los demás para efectos de su interpretación.

CASO BAJO ESTUDIO Y SUS HECHOS RELEVANTES

Descendiendo del anterior marco teórico al caso que ocupa la atención del Despacho, se resalta que la parte demandante argumenta su inconformismo con respecto a la manifestación de la A-quo, de declarar probada la excepción denominada FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro individual Grupo Deudores GRD-408, propuesta por la parte demandada, y que sirvió lo mismo de fundamento, para negar las pretensiones de la demanda por parte del Juez de primera instancia.

Así las cosas, se reitera, a pesar de avizorarse en el caso sub judice, la existencia de diversas relaciones sustanciales entrelazadas, que esta agencia judicial, centrará su estudio únicamente en la decisión tomada por la A-quo, al declarar probada la excepción denominada FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA EXPEDIDA POR SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro individual Grupo Deudores GRD-408, lo cual es motivo de inconformismo por parte del apelante.

En desarrollo de lo anterior, revisado el expediente y las pruebas obrantes en el mismo, nos damos cuenta que la demandante, tomo un crédito con el BANCO DE OCCIDENTE S.A., el cual suscribió una póliza de vida grupo deudores, con la compañía aseguradora SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., en la que aseguró a los clientes que contrajeron obligaciones crediticias con dicha entidad, incluida la hoy demandante.

Entre las cláusulas del contrato se puede ver, que el mismo cubría por muerte e invalidez del asegurado, cancelando si ocurriere uno de estos siniestros al tomador, en este caso el BANCO DE OCCIDENTE S.A, el valor del saldo insoluto que tuvieren el asegurado, al momento de la reclamación.

En el caso sub examine, el apelante plantea como argumento de su inconformidad con la decisión adoptada en primera instancia, que la A-quo, no analizó en conjunto las circunstancias fácticas que dieron origen a la demanda presentada por este, ya que si bien es cierto que dentro del recuento de los hechos se mencionan las fechas en que tomó la póliza su cliente, la fecha de estructuración y la fecha de expedición del dictamen, no es menos cierto que este dictamen fue emitido en una fecha posterior a la toma de la póliza de deudores y el crédito en la entidad bancaria, lo cual pone en una situación de desventaja frente a la reclamación de sus derechos a la señora ORTIZ CORREA.

Ahora bien, sobre la materia encontramos, que el régimen normativo de la declaración reticente o inexacta del estado del riesgo, fundamentalmente se estructura al amparo del artículo 1058 del Código de Comercio, norma que contiene hipótesis fácticas dependiendo de las circunstancias propias del asunto; de tal suerte que, como el tratamiento jurídico no siempre será igual, no es dable asimilar lo que cada uno de estos preceptos prevé, sin identificar la normativa aplicable al caso concreto.

El citado artículo 1058 plantea una primera hipótesis fáctica, al determinar que la nulidad relativa opera tanto para la declaración dirigida como para la declaración espontánea. Así dispone que *"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"*.

Así encontramos, que *“A la reticencia o a la inexactitud puede llegar la parte asegurada de manera espontánea o mediando un cuestionario propuesto por el asegurador; la existencia de ese cuestionario es una circunstancia que toma en cuenta la ley para determinados efectos en esta materia. Se ha entendido entre nosotros que en caso de que exista un cuestionario la reticencia o inexactitud solo es relevante en cuanto se refiere a las circunstancias preguntadas en éste. Cuando existe cuestionario, en cambio, basta mirar las respuestas concretas a las preguntas concretas para deducir la culpa o el dolo del asegurado en su declaración”*.

También tenemos, que como lo ha definido la Corte en sus diferentes pronunciamientos, el contrato de seguro grupo deudor se caracteriza por ser una modalidad de seguro colectivo, el cual no es obligatorio, pero representa una garantía adicional de carácter personal, que depende del consentimiento del deudor y de las políticas de riesgo de las entidades financieras. En todo caso, se debe garantizar en favor del deudor-asegurado (i) la debida información acerca de las condiciones pactadas con la aseguradora y (ii) la libertad para contratar con otras compañías de seguros, teniendo en cuenta que el interés principal es el del asegurado y no el de la entidad crediticia.

Bajo esta premisa, este Despacho entra a analizar el argumento expuesto por el apoderado judicial de la demandante en sustento de la apelación, cuando insiste en afirmar *“que la entidad SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., está en la obligación de verificar el estado de salud de quien toma un crédito, para lo cual cuenta con el personal correspondiente del análisis de dichos clientes, así mismo manifestó, que es erróneo afirmar el conocimiento del grado exacto de pérdida de capacidad laboral de su cliente, toda vez que aunque bien es cierto que venía siendo tratada por diversos padecimientos, en la fecha en la cual tomó el crédito no se encontraba en estudio de la Junta de Calificación de Invalidez”*. Esta judicatura centrara su estudio en el mismo, con el objetivo de determinar si efectivamente el demandado fue reticente faltando a la verdad e incurriendo las sanciones que estipula el artículo 1058 ibidem, y si la póliza en mención se encontraba vigente para la fecha de estructuración de la invalidez.

Así las cosas, como se expresó en el párrafo anterior, al optar la aseguradora demandada por un cuestionario previamente preparado por dicha entidad, no exime al tomador de la sanción a la que *“el artículo 1058 C. Co., se refiere, fundamentalmente a la declaración con cuestionario, para indicar la sanción general, diciendo que cuando el asegurado incurre en inexactitud o reticencia respecto de lo que se pregunta en el cuestionario el contrato será anulable, salvo el caso del error inculpable”*.

Nótese que al confrontar las pruebas obrantes en el proceso, como lo es el dictamen de pérdida de capacidad laboral, se avizora en el mismo, que la demandante con anterioridad a la toma de la póliza objeto de este proceso, padecía de varios diagnósticos de los cuales le fue preguntado al momento de tomar el crédito, y que no puso en conocimiento de la entidad, ocultando, información relevante para la aseguradora lo cual, lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, pues el asegurador ingresa al ámbito comercial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador, principio en el que el Juzgador de primera instancia hizo énfasis para tomar la decisión que hoy revisamos.

Entonces, *“la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen*

importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro” (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sentencia de Casación Civil de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).”

Además de lo precedentemente expuesto, resulta claro que el artículo 1158 del código de comercio, establece una carga al tomador al momento de manifestar su estado de riesgo, cuando dispone que, “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ibídem, ni de las sanciones a que su infracción da lugar”.

Respecto a esto, la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 1º junio del 2007, en Sala de Casación Civil, en relación con la Reticencia e inexactitud en el contrato de seguro, teniendo como Magistrada Ponente a la Dra. Ruth Marina Díaz Rueda, reza lo siguiente:

“Es indudable que el contratante de un seguro de vida está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias determinantes del estado de riesgo, como quiera que la inexactitud en que incurra al responder el cuestionario correspondiente atenta contra el principio de la buena fe que en esta especie de contratos sube de tono, porque le imponen a él, la carga precontractual de declarar con apego a la verdad todo cuanto deba saber el asegurador para asumir o no la eventual contingencia. Pero además, la falta de veracidad, antes o durante su ejecución pone a operar el fenómeno de la nulidad relativa porque “en el fondo lo que se castiga es la traición del tomador a la confianza que el asegurador depositó en él con base en la cual se procedió a contratar”.

De otra parte, y recabando en el tema de la vigencia de la póliza tomada por la demandante, la fecha de su desembolso y la de ocurrencia del siniestro, problema jurídico en el cual se ha detenido la litis, tenemos que la vigencia del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados, inicia desde la fecha del desembolso del crédito asociado al presente seguro, siempre y cuando la solicitud de seguro haya sido aceptada por la compañía, y terminará, en la fecha del pago total de dicho crédito o a la cancelación de la póliza principal.

Deteniéndonos en las fechas de desembolso del crédito e inicio de la vigencia de la póliza VIDA GRUPO DEUDORES N° GRD 408 05, la cual es el día 23 de marzo de 2018, y la fecha de estructuración de la PCL u ocurrencia del siniestro, la cual es el día 10 de marzo de 2017, según dictamen de PCL fechado 13 de agosto de 2018, se percata el suscrito, que no es cierto lo manifestado por el procurador judicial de la parte demandante, cuando aduce “en la fecha en la cual tomó el crédito no se encontraba en estudio de la Junta de Calificación de Invalidez”, si las fechas relacionadas y las historias clínicas y patologías de la demandante, conllevan a interpretar que la misma tenía conocimiento de todos sus patologías y de su proceso de calificación, ya que este no se hace a sus espaldas, sino con conocimiento del calificado.

Por otro lado, encontramos otra contradicción expresada por el apoderado judicial de la parte demandante, cuando afirma, “aunque bien es cierto que venía siendo tratada por diversos padecimientos “, es decir, con dicha afirmación se cae el fundamento expresado por este de que su cliente al momento de la suscripción de la póliza, no padecía de enfermedades que fueran objeto de estudio de PCL,

faltando a la verdad y a la ubérrima buena fe exigida para este tipo de contratos de seguro.

En consecuencia, al demostrarse, que la ocurrencia del siniestro tal y como es la fecha de estructuración de la invalidez, fue anterior al momento de tomar la póliza objeto de reclamación, y sin mayores razonamientos, quedan desvirtuados a simple vista, los argumentos expresados por el procurador judicial de la parte actora, ya que no logro el mismo, acreditar fehacientemente con pruebas diferentes a las presentadas en primera instancia, que el siniestro aducido por la demandante, ocurrió en vigencia de la póliza VIDA GRUPO DEUDORES N° GRD 408 05.

Por lo anterior, se debe tener claro, que, en materia de interpretación contractual, es indispensable indagar la real voluntad o intención común de las partes al momento de signar o dar su consentimiento para la creación de un contrato. Consecuentemente, en los contratos consensuales, como el que está siendo objeto de estudio, prevalecen las diversas estipulaciones particulares, ya sean manuscritas, mecanografiadas o verbales, sobre las condiciones generales o preimpresas con las que sean incompatibles.

Es costumbre de esta judicatura mantenerse con apego a las directrices legales que conciernen a cada caso, en consecuencia, habiendo pronunciación en reiteradas ocasiones sobre la prevalencia que poseen las normas específicas sobre las generales y no siendo este despacho inoficioso en el cumplimiento de la ley y la jurisprudencia no queda otro camino que no acceder a la apelación interpuesta por el apoderado de la demandante en relación a la vigencia del contrato de seguro referido en párrafos anteriores, más aun, cuando este, no trajo a colación ningún argumento nuevo que haga cambiar la decisión de primera instancia, ya que lo alegado por él, ya había sido analizado con objetivas consideraciones por la A-quo.

En cierre, advierte este Despacho, que, estudiadas las pruebas allegadas al proceso, queda probada y demostrada la falta de cobertura del seguro VIDA GRUPO DEUDORES N° GRD 408 05, que amparaba la obligación contraída por la demandante con el BANCO DE OCCIDENTE S.A., razón por la cual, se considera apropiada la decisión tomada por la Juzgadora de primera instancia, y en su defecto se confirmara la misma.

En mérito a lo expuesto, el JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR (CESAR), Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

1° Confirmar la sentencia de primera instancia objeto de esta alzada de procedencia conocida. **En consecuencia:**

2° Condenar en costas de esta instancia a la parte demandante, para que se incluyan en la liquidación, señálese como agencias en derecho la suma de UN (1) Salario Mínimo Legal mensual Vigente, las cuales serán liquidadas de manera concentrada por el Juzgado de primera instancia.

3° Por secretaria, regrésese el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:
German Daza Ariza
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 002
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: **91efdb165dd7269e1060d2e97d2758d27f6a7ef54e0b807c9dbc0cc3c9fce5d0**

Documento generado en 11/07/2023 11:52:10 AM

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