

ASUNTO: SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA
PROCESO: DECLARATIVO VERBAL
DEMANDANTE: GREGORIO GALEANO CORREA
DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
RADICADO: 63001400300520210037601

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

Armenia Q., seis (6) de octubre de dos mil veintitrés (2023)

Procede el Despacho a desatar la alzada formulada por la parte demandante en contra de la sentencia de fecha diez (10) de octubre de dos mil veintidós (2022) proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Armenia Quindío, en la cual se negaron las pretensiones invocadas por la parte demandante, al no observar nulidad que afecte lo actuado y obrando conforme lo dispuesto en el Decreto 806 de 2020 hoy Ley 2213 de 2022.

ANTECEDENTES

DE LA DEMANDA

En esta se indica que el señor GREGORIO GALEANO CORREA y SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a través del asesor JORGE HERNAN ARANGO JIMÉNEZ con código de asesor 29755, celebraron un contrato de seguro de vida denominado PLAN EMPRESARIO SURA PARA TUS EMPLEADOS Y SUS FAMILIAS NO CONTRIBUTIVO, con póliza número 143305-9, iniciando el 31 de enero de 2018.

Manifiesta que este contrato contenía los siguientes amparos: de vida, Invalidez, Pérdida o Inutilización por Enfermedad, Accidente, Muerte en un Accidente, Enfermedades Graves, Bono para Educación (por vida) Bono Adecuaciones (por vida), Bono Adecuaciones Hogar (Invalidez), 2 Auxilio Funerario, Auxilio por Maternidad/Paternidad, Renta por Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Auxilio de Repatriación.

Expresa que para la época de la suscripción de la póliza tenía las siguientes enfermedades: DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN, HTA (HIPERTENSIÓN ARTERIAL) y DISLIPIDEMIA MIXTA, pero que a pesar de estas era un paciente sin complicaciones según la historia clínica, pero que no sabía que estas patologías iban a complicarse.

Que al momento de la suscripción, el demandante no fue requerido por la compañía para una valoración médica de ninguna índole, y con base a un tratamiento médico que le venía realizando la EPS SURA, en fecha 5 de abril del 2019, se le diagnosticó una insuficiencia

renal crónica estadio 5, la cual le generó una discapacidad física superior al 50%, la cual le aparece luego de 1 año de haber suscrito el contrato de seguros, dándose en la segunda renovación del mismo.

Enuncia que dentro de su obligación contractual ha cumplido a cabalidad pagando el valor de la prima de su póliza.

A causa de esta enfermedad el demandante solicitó a su EPS una calificación de pérdida laboral, la cual fue valorada superior al 50%, y por ende el 6 de mayo del 2019 presentó la reclamación por indemnización por el amparo de enfermedades graves y demas con respecto de la póliza plan empresario SURA 1453305.

Demuestra que mediante respuesta el 10 de mayo del 2019 por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Se le niega la solicitud de indemnización manifestando que para la fecha de suscripción ya se encontraba enfermo y que el demandante no lo manifestó, por lo cual alegaron la figura de la RETICENCIA amparada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Expresa que el 16 de octubre del 2019 la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Quindío le dio una calificación de PCL del 73.49%, con una fecha de estructuración del día 27 de agosto del 2019.

Finalmente solicita que se declare que existió un contrato de seguros que lo amparaba por incapacidad total y permanente por un valor asegurado de \$50.000.000 y enfermedades graves por un valor de \$25.000.000, que durante la vigencia de la póliza se configuró el siniestro anterior por la PCL que fue superior al 50%, y que consecuencia de esto se ordene a la entidad demandada al pago de los valores ya mencionados por concepto de indemnizaciones producto del contrato en favor del demandante al igual que al pago de intereses de mora.

PRONUNCIAMIENTO DE LA PARTE DEMANDADA

Inicialmente expresa el apoderado judicial de la entidad, que es cierto el contrato que suscribió con el demandante, pero que este debía manifestar el estado real de salud que tenía al momento, el cual es el estado de riesgo, y que no es cierto que este formulario lo diligencio el asesor JORGE HERNÁN ARANGO JIMÉNEZ.

Denota que no es cierto que el demandante dio respuesta sincera y completa sobre el estado del riesgo, pues expone que no informó ni declarar de forma real y sincera sobre lo que conocía sobre su estado de salud, por que al momento de diligenciar la declaración de

asegurabilidad omitió informar sobre los diagnósticos de DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, HTA (HIPERTENSIÓN ARTERIAL) Y DISLIPIDEMIA MIXTA, de los que ya tenía conocimiento como se evidencia en la demanda y por tanto solicita al despacho que se tenga como confeso lo manifestado por la parte actora.

Que la entidad no realizó ninguna valoración médica al señor GALEANO CORREA ya que manifiesta que por disposición legal no tienen el deber de realizar estudios diagnósticos para determinar el estado real de salud, porque aunque este prescinda del examen médico no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 del Código de Comercio ni a las sanciones a las que dé lugar su infracción.

Expresa que la obligación de declarar el estado del riesgo está en cabeza del asegurado quien deberá informar de manera sincera los hechos y circunstancias que lo determinan, y que bajo la presunción de buena fe la compañía se permite confiar en la manifestación que hace el tomador frente al estado actual de su salud.

Manifiesta que el demandante no presentó reclamación propiamente dicha pues no probó la ocurrencia del siniestro, lo que se presentó fue una solicitud de pago de enfermedades graves.

Informa que es cierto que cancelaron unilateralmente algunos amparos del contrato, pero que esto no viola el mismo puesto que la decisión se dio conforme al artículo 1071 del Código de comercio, y que el amparo de vida se dio por cancelado por mora en el pago de la prima conforme al artículo 1068 de la misma norma.

Enuncia que para la fecha de estructuración de la PCL del demandante el 27 de agosto de 2019, los amparos mencionados se encontraban terminados y el amparo de vida estuvo vigente hasta el 30 de abril de 2019 por el no pago de la prima, por tanto la póliza número 1453305-9 fue cancelado desde el 30 de abril de 2020 por el no pago del mismo.

Por lo tanto se opone a todas las pretensiones de la demanda por no existir mérito fáctico, legal ni probatorio alguno que permita atender favorablemente ninguna de ellas al ser reticente e inexacto el señor GALEANO CORREA al declarar el estado de salud al momento de suministrar la información del estado del riesgo en la declaración de asegurabilidad con fecha del 22 de diciembre de 2017 digital y 17 de enero de 2018 físico, ocultando la existencia de patologías que conocía lo aquejan con anterioridad, situación que si la hubiese conocido la entidad no habría aceptado como asegurado al demandante.

Excepciones propuestas

- 1) NULIDAD RELATIVA DERIVADA DE RETICENCIA E INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO.

- 2) INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. DE REALIZAR ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS O DE VERIFICAR EN LA HISTORIA CLÍNICA EL ESTADO DEL RIESGO.
- 3) EXCLUSIÓN DE AMPARO POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS O LESIONES, DEFECTOS FÍSICO O ENFERMEDADES ORIGINADAS O ADQUIRIDAS ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA, SALVO QUE NO LAS CONOCIERA.
- 4) EXCLUSIÓN DE AMPARO POR ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS Y/O PSICOLÓGICAS.
- 5) EXCEPCIÓN SUBSIDIARIA -IMPROCEDENCIA DE PAGO DEL AMPARO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD Y ENFERMEDADES GRAVES POR NO ENCONTRARSE VIGENTES LOS AMPAROS A LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN Y LA FECHA DE LA ENFERMEDAD.
- 6) IMPROCEDENCIA DE PAGO DE INTERESES MORATORIOS A CARGO DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. POR CUENTA DEL SEGURO DE VIDA DENOMINADO PLAN EMPRESARIO SURA PARA TUS EMPLEADOS Y SUS FAMILIAS NO CONTRIBUTIVO, MATERIALIZADO EN LA PÓLIZA NÚMERO 1453305-9.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El funcionario de primera instancia mediante sentencia proferida el diez (10) de octubre de dos mil veintidós (2022) declaró próspera la excepción de mérito denominada nulidad relativa del contrato de seguro invocada por SEGUROS SURAMERICANA S.A. y denegó las pretensiones de la demanda.

PUNTOS DE REPARO Y SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

Manifiesta estar en desacuerdo con el despacho frente a la mala fe, puesto que esta no se probó, y no valoro a fondo el hecho de que el asesor JORGE HERNÁN ARANGO en su declaración expresó que efectivamente él había diligenciado el formato de asegurabilidad, y que también el asegurado le había manifestado que tenía unas circunstancias controladas y que el despacho insistió en reiteradas oportunidades.

Expresa que el señor ARANGO JIMÉNEZ al igual que el apoderado judicial manifestaron siempre de manera reiterativa en que ellos son las personas idóneas y son los representantes de la compañía, y que cuentan con la capacitación necesaria para asesorar a los tomadores de seguros, por lo cual el despacho no dio el valor probatorio en cuanto a que el apoderado del demandante en muchas ocasiones pregunto que si conocía y analizaba los estados de riesgo de las personas y que si bien es cierto el asesor no es

médico ni tiene los medios idóneos, el señor GREGORIO GALEANO le expuso que tenía algo controlado, y ante esto se desvirtúa la mala fe.

Denota que en la figura de la reticencia lo que se debe demostrar es el aspecto subjetivo de la mala fe, que es cierto que había una preexistencia, pero expone que el demandante nunca pensó que su estado iba a empeorar en tan corto tiempo, pero que sin embargo le manifestó y le expresó a quien era representante de la compañía sobre su condición de que tenía “algo controlado”, y que ante ese riesgo quien debe generar la demostración de la reticencia es a la aseguradora, ya que esta hizo caso omiso y no hizo la anotación de lo expresado por el demandante en el formulario que el asesor diligenció, ni tampoco hizo la investigación pertinente frente a lo que el asegurado le había expresado sin generar los exámenes médicos para el ingreso.

Por tanto presenta que no existió una mala fe, no fue probado por SURAMERICANA S.A. en ningún momento de la actuación la mala fe ni tampoco fue probada la figura de la reticencia.

Finalmente interpone este recurso para que la segunda instancia se pronuncie frente a este punto toda vez que manifiesta no hubo reticencia por no haberse probado la mala fe.

CONSIDERACIONES

1. PRESUPUESTOS PROCESALES

No se observa ninguna causal de nulidad que invalide lo actuado. Los requisitos que emanan de la ley como necesarios para la correcta y válida formación de la relación jurídico-procesal se satisfacen plenamente en este evento: competencia de la falladora de segunda instancia, demanda en forma, capacidad para ser parte y para comparecer a juicio.

2. PROBLEMA JURÍDICO

En este caso se tiene que el asegurado, el señor GREGORIO GALEANO CORREA celebró un contrato de seguro de vida denominado “*Plan empresario sura para tus empleados y sus familias no contributivo*” con SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

El demandante reclama ante la judicatura el reconocimiento del valor pactado en la póliza frente a la causal de invalidez y enfermedades graves. En un primer lugar, se estudiará el contrato de seguro y su validez, para posteriormente examinar su nulidad relativa frente

a la figura de la reticencia y la mala fe por parte del asegurado, invocada por la aseguradora demandada, es allí donde se dará respuesta al siguiente interrogante:

¿Si hay lugar o no a ordenar los pagos pretendidos por el asegurado el señor GREGORIO GALEANO CORREA, reclamados a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., quien, por el contrario, invoca la configuración de reticencia, y por tanto alega que se generó nulidad relativa del contrato de seguros?

Al momento de realizar tal análisis se revisarán los reparos efectuados a la decisión de primer grado.

3. ANÁLISIS DEL CONTRATO DE SEGUROS

En este caso se tiene que hay una póliza de seguro de vida grupo plan empresarial, donde es tomador y asegurado: Póliza No. 1453305-9, con inicio de vigencia el día 31 de enero de 2018, tramitados el 22 de diciembre de 2017 de manera digital y el 17 de enero del 2018 en formato físico (ver 011Póliza y 19ContestaciónDemanda). Debe decirse de entrada que no se vislumbra ninguna causal de nulidad absoluta de aquellas que deben ser declaradas por el juez de manera oficiosa, por lo que, seguidamente, nos ocuparemos del cobro efectuado y de la nulidad por reticencia invocada, eso sí, limitados a los reparos efectuados al fallo de primera instancia efectuados por el demandante apelante.

4. DE LA BUENA FE EN LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, EL DEBER DE INFORMACIÓN DEL ASEGURADO, LA RETICENCIA Y LA NULIDAD RELATIVA.

Antes de estudiar el caso sub judice, este despacho procede a mencionar diferentes conceptos hechos por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, frente a temas de buena fe, nulidad relativa del contrato de seguros por reticencia y frente a la apreciación del material probatorio frente a casos como el presente.

En sentencia SC 3952-2022 dijo:

“Para establecer esas posibilidades, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, «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.»

Por consecuencia, es deber del tomador declarar sinceramente los hechos que debe tener en cuenta la aseguradora para establecer si asume o no el riesgo y, en aquel evento, de qué forma se apropiará de él.

De allí la aplicación del principio de la buena fe prevista en el artículo 871 del estatuto de los comerciantes, sobre el cual esta Corte señaló que:

El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural»

En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bona fidei. Entre otras razones, **al ser los tomadores o asegurados, dada su intermediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.** (CSJ, SC3791 de 2021, rad. 2009-00143).” (Resaltado fuera de texto)

En la misma sentencia la honorable CORTE SUPREMA DE JUSTICIA expresó sobre la nulidad relativa del contrato de seguros por reticencia lo siguiente:

“La sanción por «la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.»

Esta pena -nulidad relativa- tiene el propósito de castigar, como lo denota el ordenamiento legal mencionado, **la afectación del consentimiento de la aseguradora, en razón a que asume un riesgo prevalida de una información, a la sazón irreal o incompleta.**

Por esto, precisamente, la Sala en pretérita oportunidad destacó que **«fuera de discusión se encuentra que la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro. Así lo establece, en general, el artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio».** (CSJ, SC3791 de 2021, rad. 2009-00143).” (Resaltado fuera de texto)

5. PRESCRIPCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

Frente a este tema, la Honorable Corte Suprema de Justicia manifestó en sentencia SC4904 de 2021 lo siguiente:

“Puntualización adicional requiere la distinción entre una y otra especie de prescripción, por cuanto a términos del referido artículo 1081 del C. de Co., los cinco años que se exigen para la extraordinaria correrán “contra toda clase de personas”;

mandato este último cuyo alcance definió la Corte al sostener que “La expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aún contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1º y 2541 del C.C.), **así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento...” del hecho que da base a la acción (sentencia citada de 7 de julio de 1977), esto es, en los casos de los ejemplos analizados, que el término de la prescripción extraordinaria corre, según el evento, desde el día del siniestro, o desde cuando se perfeccionó el contrato viciado por una reticencia o inexactitud, háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso, como sí sucede con la ordinaria (artículo 2530 del C.C.). (...)**

Resulta por ende de lo dicho, que los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo cual dicho término se suspende en relación con los incapaces (artículo 2541 C.C.), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquél hecho; mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, como a espacio se refirió, y siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria.

6. ESTUDIO DE LOS REPAROS EFECTUADOS EN LA APELACIÓN

En este punto se tiene que, con base en la póliza ya descrita, el señor GREGORIO GALEANO CORREA se tuvo como tomador y asegurado, por haber celebrado un contrato con SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. El señor GALEANO CORREA reclama el valor de la póliza por invalidez o enfermedades graves, y se niega su reconocimiento por haber faltado a la verdad el asegurado al informar sobre su estado de salud. Las pretensiones fueron desestimadas, pues el juez en primer grado declaró que efectivamente el contrato estaba viciado de nulidad relativa por reticencia.

El actor atacó la decisión, centrándose en los siguientes puntos:

1. La mala fe no se probó.
2. No la valoró a fondo el testimonio del asesor JORGE HERNÁN ARANGO frente a que el demandante le había manifestado que “tenía algo controlado”
3. Tampoco fue valorado el hecho de que fue el asesor JORGE HERNÁN ARANGO quien diligenció la declaración de asegurabilidad.

Siendo estos los puntos de reparo que identifica este plenario, los tomará en conjunto, ya que en apelación el apoderado de la parte demandante tomó en igual sentido que al no

valorarse de fondo el testimonio del asesor de la ASEGURADORA, no se probó la mala fe en ningún momento, y que esta debía ser probada para que se configurara la figura de la reticencia.

Así las cosas el despacho procede a revisar la audiencia realizada el cuatro (4) de octubre de dos mil veintidós (2022), la cual está en el expediente 042AudienciaJuzgamiento2021-376, encontrando que el señor JORGE HERNÁN ARANGO JIMÉNEZ empieza a declarar desde el minuto 5:00 de la diligencia mencionada. Encontrando que declaró lo siguiente:

Expresa que “siempre consulta a las personas si se encuentran en algún tratamiento o alguna patología al momento de asesorarlos, ya que él tiene muy claro que es una exclusión grave el no informar estas circunstancias”.

... “ la declaración del candidato debe ser sincera ya que esta es primordial, y que por tal razón le había dicho que una persona que se había accidentado no la podrían asegurar porque era una causal de exclusión y si él no informa eso sería una falta grave”.

Expresa que “al momento de llenar el formulario de declaración y que él le había preguntado si estaba tomando algún medicamento o algo, a lo que el señor GALEANO le había contestado que se encontraba muy bien, que estaba controlado y se encontraba muy bien, que no estaba tomando ningún medicamento para nada, por lo que finalizó el formulario y se lo entregó para que lo firmara y le pusiera la huella, y el mismo proceso con los demás asegurados que fueron 6 personas. Todo sucedió en el corregimiento del Caimo en el negocio del señor GALEANO”.

Informa que ... “si el señor GALEANO le hubiese comunicado que tenía algún tipo de antecedente como tal, él inmediatamente le hubiese dicho que no se puede asegurar, y que el normalmente en esos casos no asegura a la persona con antecedentes y suspende el proceso de asegurabilidad”.

“...siempre que la persona le informa que hay una enfermedad o patología, este solicita la historia clínica para que la aseguradora estudie si cumple con los requisitos para ser asegurado, este estudio informa que lo hace una junta médica como tal, y en estos casos la aseguradora o le quita la cobertura o lo extraprime”.

Expresa que los pagos siempre los efectuaba el señor GALEANO, que él se limitaba a acercarle los recibos y ya el señor era quien se dirigía a pagar ya que por orden de la compañía él no podía manejar dineros.

Indica que el señor GALEANO al momento que él le preguntó de las enfermedades o medicamentos este le respondió que estaba muy bien, que estaba controlado y

que no estaba tomando nada, que la expresión controlado era para especificar que se encontraba muy bien, no que estaba en controles de algo, y por tanto el rellenó esa parte del formulario poniendo que no sufría ninguna enfermedad y se lo pasó para que este lo firmara y le pusiera la huella. Dice que no sabe si lo leyó completamente pero que se lo pasó y aduce que lo pudo leer. Ya que el antes le había dicho que una persona que había sufrido un accidente o que ha sufrido alguna enfermedad, este supuso que el señor GALEANO había entendido que si estaba en algún tratamiento por una enfermedad este no podría ser asegurado, pero que al momento de diligenciar el formulario con el señor GALEANO este no informó estar tomando medicamentos o tener algo, si no que respondió que no, que estaba muy bien a esta pregunta. Que él no le preguntó a ninguna otra persona sobre el estado de salud del señor GALEANO ya que los contratos de seguros son de confiabilidad creyó en lo que este le había informado en un principio la realidad siendo sincero, por tanto denota que no tenía por qué desconfiar y que tampoco lo vio enfermo, a diferencia de que con el pasar de los días si notó un cambio en su salud, y que este le informó que tenía que tomar unos medicamentos y no lo había hecho, y fue cuando le dijo que por esa razón perdería la cobertura.”

En ese entendido, evidencia el despacho:

- I. Que el asesor el señor JORGE HERNÁN ARANGO JIMÉNEZ, sí fue quien diligenció la declaración de asegurabilidad del demandante, que esto sucedió porque el señor GALEANO CORREA se encontraba trabajando y con las manos sucias ya que este realizaba labores de charcutería, y por tal razón fue quien escribió en tal documento.
- II. Igualmente se tiene que fue el señor GALEANO CORREA le mencionó al asesor durante la entrevista que tenía “algo controlado”, lo que el asesor en la declaración de asegurabilidad no lo mencionó, ocasionando con ese actuar que no se registrara en dicho formulario el estado de salud del señor GALEANO CORREA.
- III. Pregunta el juzgado ¿qué es algo controlado? Un asesor, que es el experto profesional a nombre de la aseguradora, es quien debe estar atento a la información que recibe. Dice la RAE¹ que es participio del verbo “controlar”, que significa: “Ejercer el control sobre alguien o algo”. De ahí surge una pregunta adicional ¿Qué es ese “algo” que se estaba “sobre lo que se ejercía control?

Igualmente se desprende de esta declaración que los asegurados en el contrato eran 7 personas, entre esos la familia del señor GALEANO CORREA y dos (2) de sus empleados. Que inicialmente serían tres (3) pero que uno de ellos había tenido un accidente de tránsito

¹ <https://dle.rae.es/controlar?m=form>

y que por tal razón el asesor le manifestó al demandante que este no podría ser asegurado por tener antecedentes.

Expresó que le había hecho la siguiente pregunta: “¿En la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico, o ha sido diagnosticado o está tomando medicamentos?”, a lo que el asesor aduce le contestó: “que estaba muy bien, **que estaba controlado** y que no estaba tomando nada”. De nuevo evidenciándose que le fue informado al sensor de que había algo que tenía que ser controlado.

Señala que por una situación con un accidente que se declaró, el tomador sabía las consecuencias de la veracidad de la información, y que por tanto la expresión “estoy controlado”, la entendió como si estuviera en muy buenas condiciones, no de que tenía algún tipo de situación que tuviera que ser controlada, y si así fuera, pregunta el despacho; ¿porque no lo consignó en el formulario que estaba siendo controlado?

Se puede evidenciar en la página 49 del expediente 021 Contestación Demanda, la historia clínica del señor GALEANO CORREA:

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)			
Paciente: GREGORIO GALEANO CORREA		Identificación: CC 98454682	
Ocupación: No disponible		Sexo: Masculino	Edad: 53 Años
Afiliación: BENEFICIARIOS	Teléfono (1): 0	Teléfono (2):	Plan:: POS
Raza: Mestizo	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible	
Servicio: CONSULTA NUTRICION Y DIETETICA	Orden: 2642-105552600	Tipo Consulta: <u>CONSULTA INICIAL</u>	
IPS Atiende: SALUD DEL CARIBE ARMENIA	Fecha: 2017/10/31 15:19	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)	
Responsable: No disponible			
Acompañante: No disponible			
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: SI MC: PX PRIMERA VEZ EN NUTRICION, DM IR, E HTA, DISLIPIDEMIA. EA: PX QUE CONSULTA PARA MANEJO DE DM IR E HTA. DISLIPIDEMIA. CREATINURIA. INSULINA LANTUS 40 UNIDADES EN LAS NOCHES Y APIDRA 5 - 5. ANTECEDENTES FAMILIARES DM (HERMANO E HIJO). REFIERE VIVIR CON LA ESPOSA E HIJO. Y ESTA TRABAJANDO. HABITO INTESTINAL: NORMAL. ACTIVIDAD FISICA: NO REALIZA. ANTROPOMETRIA: PESO: 77 KG TALLA: 159 CM IMC: 30 PESO IDEAL: 65 KG REFIERE NICTURIA (4), ORINA FUERTE COLOR Y OLO Y ESPUMA, VISION BORROSA, POLIDIPSIA. BIOQUIMICOS: HB1AC: 9,7% HDL: 29 COL: 251 TGL: 585 CREATININA: 2,5			

Se evidencia entonces que para el día treinta y uno (31) de octubre del dos mil diecisiete (2017), el señor GALEANO CORREA se encontraba en tratamiento por manejo de DM IR E HTA. DISLIPIDEMIA. CREATINURIA. INSULINA LANTUS 40 UNIDADES EN LAS NOCHES Y APIDRA 5, y que tales situaciones no fueron informadas al asesor ARANGO JIMÉNEZ, tal como se evidencia en la declaración del mismo y del señor GALEANO (Ver expediente 037 Audiencia Video 2 minuto 5:00), sino que solo dijo tener una diabetes como cualquier otra, cosa que el asesor dijo no haber sido enterado, cuando en todo momento **le fue**

informado por el señor GALEANO CORREA que tenía algo controlado, y que el asesor en su conocimiento decidió pensar erradamente que era una indicación de que todo está bien con la salud del demandante.

Además de lo anterior, en la contestación a la demanda, la aseguradora indica en varias oportunidades que no fue el asesor quien diligenció la declaración de asegurabilidad, e inclusive en los interrogatorios, el Representante Legal de la Compañía, el señor HÉCTOR GIRALDO, también manifestó que el asesor no es quien diligencia el formulario, que lo debe hacer el asegurado directamente, cuando acá el asesor informó que él lo había llenado.

Y es que, diligenciar por otro el formulario, hace cuestionar cómo el tomador recibe la información: ¿tuvo lectura textual o no de lo consignado en el documento? ¿qué fue sobre lo que específicamente le interrogó el asesor? Lo que sucede es que se utiliza un canal de comunicación adicional: la lectura de un tercero y no la percepción directa de la información del formulario. Se desconoce que al indicar expresamente “diabetes” e “insulino dependiente” el formulario, el tomador, al padecerla, se hubiera abstenido de contratar o, ahí sí, obrar de mala fe y mentir diciendo “NO” cuando sí era diabético e insulino dependiente.

En ese entendido, la Judicatura no evidencia mala fe por parte del tomador, pues incluso, honrando la buena fe indicó que tenía algo controlado y debió ser el asesor el que, como profesional del área de los seguros, tenía el deber de auscultar a fondo a qué se refería el demandante con “algo controlado”.

Y es que, al decir que tenía algo controlado, y vale la pena la reiteración de la expresión, pues tanto el testigo asesor como el señor GALEANO CORREA, manifiestan que así se indicó al momento de celebrar el contrato, hacían que la aseguradora asumiera su deber profesional, así lo explicó la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC 3791 de 2021:

“La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, **tiene dicho, gira la «potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él»**. Todo, dijo en otra ocasión, «mediante (...) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos» (resaltado por el juzgado).

Si bien este Juzgado en sentencia reciente declaró la reticencia (radicado 63001400300520190069501), en este asunto se tuvo que no medió intervención del asesor para el diligenciamiento del formulario, el asegurado era profesional de la salud y tenía como diagnóstico reciente una leucemia. En el caso de marras, fue el asesor el que lo diligenció, se trata de un diagnóstico de una enfermedad con un medicamento que precisamente lleva a que se maneje en el tiempo, así no desaparezca, o como se indicó “controlada”, es una persona lega en la materia y que, debía ser la aseguradora, a través de su intermediario quien debía identificar los alcances de la expresión tantas veces mencionada, que puso de presente el señor GALEANO CORREA” para determinar si tenía lugar o no la celebración del contrato de seguro.

Y se concluye con una cita adicional de la sentencia de la Corte ya descrita:

“De tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, **los deberes de conducta frente a la buena fé son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete.** Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. Fundadas en el cuestionario o en su investigación en relación con el tomador, es como pueden asumir la determinación de no contratar o de hacerlo en condiciones más onerosas. La obligación emanada del 1058 es bifronte, cobija a las dos partes” (destacado fuera de la cita).

Colofón de este estudio, se debe revocar la decisión de primera instancia, pues la manifestación del señor GALEANO CORREA de informar que tenía algo controlado hace que él haya honrado ese deber de buena fe al suministrar los datos para establecer el estado del riesgo, correspondiendo ya a la aseguradora auscultar tal situación.

7. DE LA PRETENSIÓN DE PAGO DEL SINIESTRO

Ahora bien, el demandante pretende le sea concedido el pago por incapacidad total y permanente por la pérdida de capacidad laboral que fue superior al cincuenta por ciento:

“POR EL VALOR DE CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$50.000.000.00) POR CONCEPTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANETE AMPARADO EN SU POLIZA DE SEGUROS POR TENER EN ESTOS MOMENTOS UNA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL 73.49%”

e igualmente pretende el pago por el siniestro de enfermedades graves:

“POR EL VALOR DE VEINTICINCO MILLONES DE PESOS MCTE (\$25.000.000.00) POR CONCEPTO DE ENFERMEDADES GRAVES AMPARADO EN SU POLIZA DE SEGUROS POR TENER INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ESTADIO 5”

Como son dos los amparos cobrados, el Juzgado analizará cada uno de ellos de manera separada:

1. Por enfermedades graves

Inicialmente el demandante hace la reclamación por indemnización por el amparo de enfermedades graves. Sobre ésta indica la póliza:

“Si te diagnostican por primera vez cualquiera de las siguientes enfermedades o se te realizan cualquiera de los siguientes procedimientos SURA te pagará el valor asegurado:...”

En la reclamación por este concepto asegurado se observa:

“E10 - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE” (página 42 pdf 19 contestación de la demanda)

Y estudiado el amparo descrito en la póliza, en el numeral 3 (página 104 pdf 19 contestación de la demanda), esta enfermedad no está descrita. Ahora, si en gracia de discusión se tomara la reseñada en el literal f), la enfermedad renal ya estaba diagnosticada, por lo que no se cumple con lo que indica la póliza cuando dice:

“Si te diagnostican **por primera vez** cualquiera de las siguientes enfermedades o se te realizan cualquiera de los siguientes procedimientos SURA te pagará el valor asegurado”

Y en el acápite de exclusiones precisa:

“enfermedades originadas o **adquiridas antes de la contratación** de la cobertura”

Y es que, revisada la historia clínica anexa al pronunciamiento del reclamado, se encuentra:

Fecha de atención: 31/01/2018:

“Otros diagnósticos Tipo de diagnóstico (...)

N188-OTRAS INSUFICIENCIAS RENALES CRÓNICAS Impresión diagnóstica”

Anotación que se repite en la atención del 21/03/2019.

Sin embargo, dice la póliza: “Esta cobertura está sujeta a que la enfermedad sea diagnosticada a través de los medios idóneos y **por lo menos tres meses después de haberse contratado esta cobertura**”.

Y la póliza tiene como fecha de expedición 31 de enero de 2018.

A lo anterior se suma que, incluso, también podría darse la prescripción, aunque su análisis no es necesario por las exclusiones acá referidas.

Corolario del analizado, la diabetes no está incluida en el amparo por enfermedad grave y la insuficiencia renal, tiene un diagnóstico previo, no de primera vez y se dio dentro de los tres meses iniciales de cobertura, lo que lleva a descartar esta pretensión de cobro.

2. Amparo por “ INVALIDEZ, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE”

Se describe en la póliza así:

“Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad quedas inválido, es decir, pierdes de forma permanente el 50% o más de tu capacidad laboral, o sufres alguna de las siguientes pérdidas o inutilizaciones SURA te pagará los porcentajes del valor asegurado que se indican a continuación.”

Más adelante indica:

“La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración (esta es la fecha del siniestro)”.

En la demanda se narra que: “, mi representado se hizo valorar por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Quindío el día 16 de octubre de 2019, obteniendo una calificación de PCL del 73.49%, con una fecha de estructuración del día 27 de agosto de 2019” hecho que se encuentra probado con el PDF 05CalificacionJunta, refiriendo que procede de enfermedad de origen común, donde se describen como patologías hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus tipo II, Insuficiencia renal crónica, trastorno depresivo mixto, hipotiroidismo y obesidad.

Así las cosas, teniendo en cuenta lo descrito en la póliza y lo previsto en el Art. 1072 del C. de Co. el siniestro o la estructuración del riesgo, que como lo indica la póliza “La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración (esta es la fecha del siniestro)”, se tiene que se estructuró la responsabilidad del asegurador de pagar el monto ofrecido en el contrato de seguro.

Lo anterior, por cuanto el reclamante cumplió con la carga de la prueba prevista en el Art. 1077 del mismo Estatuto Mercantil, que refiere: “Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso” naciendo entonces el deber de asunción del riesgo por parte de la aseguradora.

Ahora, la aseguradora reclamada, indica: “de acuerdo al dictamen de pérdida laboral que se allega junto con la demanda proveniente de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Quindío, al señor Gregorio Galeano Correa se le DETERMINÓ COMO FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ EL 27 DE AGOSTO DE 2019, momento para el cual no se encontraba vigente el amparo de invalidez por enfermedad, pues fue cancelado desde el 23 de mayo de 2019 por decisión unilateral de la compañía de seguros, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 1071 del Código de Comercio”.

Y efectivamente, revisado el escrito del 8 de mayo de 2019, se lee:

“En consecuencia, Seguros de Vida Suramericana S.A., procederá a cancelar los amparos de Invalidez, Pérdida o Inutilización por Enfermedad o Accidente, Enfermedades Graves, Bono para Educación (por vida) Bono Adecuaciones (por vida), Bono Adecuaciones Hogar (Invalidez), Auxilio Funerario, Auxilio por Maternidad/Paternidad, Renta por Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Auxilio de Repatriación de su póliza 1453305 a partir del 23 de mayo de 2019, observando los términos y procedimientos contenidos en el artículo 1071 del Código de Comercio. El citado Artículo 1071 establece que: "El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador"

Esta misiva fue conocida por el asegurado, como lo narra en los hechos décimo primero y décimo segundo, sobre las respuestas suministradas por la aseguradora.

Se deriva del estudio efectuado en este acápite, que para la fecha en que acaeció el siniestro, que conforme a la póliza corresponde a “La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración (esta es la fecha del siniestro)”, la póliza ya no tenía cobertura, pues se puso fin al contrato para mayo de 2019 y la junta determinó como fecha de estructuración el 27 de agosto de 2019.

CONCLUSIÓN

Este despacho considera que la sentencia en primera instancia debe confirmarse pero revocarse y en su lugar, declarar próspera la excepción de mérito de inexistencia de

obligación por parte de la aseguradora, pues respecto de la obligación de enfermedades graves, la diabetes no estaba incluida en el listado de enfermedades y si bien padece insuficiencia renal, que sí se encuentra en el listado, su diagnóstico fue previo o, por lo menos, dentro de los tres meses siguientes a la expedición, lo que hace que se excluya su reconocimiento, por lo dicho en la póliza y en lo que concierne al amparo de invalidez, para cuando se estructuró el siniestro por la pérdida de capacidad laboral, en la póliza se dice que la fecha a tener en cuenta es la de estructuración descrita por la junta, y para entonces la póliza había perdido vigencia.

Costas a cargo de la parte demandante, se fijan como agencias en derecho la suma de un (01) S.M.M.L.V.

En mérito de lo expuesto, EL JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ARMENIA QUINDÍO “Administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley”

FALLA

PRIMERO: REVOCAR la sentencia proferida el diez (10) de octubre de dos mil veintidós (2022) por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Armenia Q. en el proceso Verbal de Responsabilidad Contractual adelantado por GREGORIO GALEANO CORREA en contra de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. y en su lugar **DECLARAR** la prosperidad de las excepciones de mérito de “EXCLUSIÓN DE AMPARO POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS O LESIONES, DEFECTOS FÍSICO O ENFERMEDADES ORIGINADAS O ADQUIRIDAS ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA” y “IMPROCEDENCIA DE PAGO DEL AMPARO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD Y ENFERMEDADES GRAVES POR NO ENCONTRARSE VIGENTES LOS AMPAROS A LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN”.

SEGUNDO: CONDENAR EN COSTAS en esta instancia a la parte demandante. Para el efecto, se fijan como agencias en derecho la suma de un (1) s.m.m.l.v.

TERCERO: NOTIFICADA la presente decisión, remítase el expediente al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE,

Firmado Por:
María Andrea Arango Echeverri
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 001
Armenia - Quindío

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: **d57afc15b618d59b85e238456c7d3e1e901e9af1b47d0f19af47661bdd357aee**

Documento generado en 06/10/2023 10:52:55 AM

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