

OBJETO: SENTENCIA -SEGUNDA INSTANCIA-
PROCESO: VERBAL
DEMANDANTE: LYYDA QUINTERO URIBE
DEMANDADO: ASEGURADORA SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
BANCO DE BOGOTÁ S.A.
RADICADO: 63001400300520190069500

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO

Armenia Q., veintiuno (21) de abril de dos mil veintitrés (2023)

Procede el Despacho a desatar la alzada formulada por la parte demandante en contra de la sentencia de fecha veintidós (22) de junio de dos mil veintidós (2022) proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Armenia Q, 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 la Ley 2213 de 2022.

ANTECEDENTES

DE LA DEMANDA

En esta se indica que la señora LYDDA QUINTERO URIBE, cónyuge supérstite del señor JOSÉ EFRAÍN OSORIO MOLANO fallecido el día 11 de marzo de 2018, quien en vida adquirió una obligación crediticia con el BANCO DE BOGOTÁ S.A. por un valor de \$65.000.000,00, más el seguro el día 8 de marzo de 2018 que tenía como beneficiario al banco.

Manifiesta que la obligación descrita anteriormente aseguraba los eventos de muerte, incapacidad total y permanente y enfermedades graves. Todo esto a través de la póliza de seguro de vida grupo deudores adquirida con la aseguradora SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., siendo tomador el Banco mencionado.

Expresa que la aseguradora mediante oficio del 8 de mayo de 2018 dirigido a la entidad Bancaria, objeto la reclamación realizada por estos últimos a causa de la muerte del señor JOSÉ EFRAÍN. Esta objeción fue hecha fundada en lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Enuncia que la Aseguradora realizó la objeción alegando que el causante no declaró ciertas patologías en el cuestionario o formulario de declaración de asegurabilidad suscrito por el causante el día 9 de febrero de 2018, denotando en su momento que se encontraba en buen estado de salud, negando cualquier diagnóstico de enfermedad o incapacidad. Manifestando que hicieron alusión a la figura de la RETICENCIA en el suministro de información sobre el estado de salud del señor OSORIO MOLANO.

Denotan que esta figura ya mencionada basada en el artículo 1058 del Código de Comercio debe ser en favor del tomador del seguro, mas no de la Aseguradora según jurisprudencia que analiza en la demanda, además, que es una obligación de la entidad exigir los exámenes correspondientes para conocer el estado y condiciones necesarias para poder asumir el riesgo a asegurar.

Aluden que el BANCO DE BOGOTÁ, no realizó acción alguna frente a la aseguradora, sino más bien que se limitó a efectuar el cobro a la actora, quien se encontraba realizando la liquidación parcial de la sucesión del señor OSORIO MOLANO en la cual, la obligación en cuestión tiene incidencia directa, afectando el pasivo de los inventarios adicionales, por tal razón la demandante instauró la presente en contra de la Aseguradora, pero integran al BANCO DE BOGOTÁ por pasiva por ser el tomador del contrato objeto del litigio.

En la demanda se pretende que se declare civil y contractualmente responsables a las entidades demandadas de los perjuicios causados en la sucesión del señor JOSÉ EFRAÍN OSORIO MOLANO, por lo anteriormente mencionado, y por tanto, se condene a la ASEGURADORA al pago de los valores correspondientes a la obligación crediticia adquirida por el causante con el BANCO DE BOGOTÁ.

PRONUNCIAMIENTO DE LA PARTE DEMANDADA

BANCO DE BOGOTÁ S.A.

En principio esta entidad se opone a todas las pretensiones que se formulen en su contra en la demanda, ya que manifiesta que al demandante no le asiste razón al hecho, ni de derecho, para su prosperidad.

A los hechos de la demanda, en la gran mayoría expresa que no les consta, a excepción de la fecha de muerte del señor OSORIO MOLANO, puesto que les fue aportado en la demanda el registro civil de defunción del mencionado causante.

Aceptan que el causante adquirió el crédito en cuestión, aclarando que dicha obligación se encuentra en mora, que dicho crédito corresponde a línea de vehículo nuevo, el cual fue respaldado con la constitución de prenda mobiliaria sobre el automotor.

Que junto a este crédito el causante adquirió la póliza de seguros vida grupo deudor, aclarando que se adquirió con SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., siendo esta una persona jurídica, autónoma e independiente al Banco. Por ende, no le constan las situaciones concretas que giraron en torno a la mencionada entidad.

A los hechos siguientes, esta entidad expone que no son hechos sino interpretaciones del apoderado judicial demandante. Y por ende manifiesta que el Banco no está legitimado por pasiva para soportar las pretensiones de la demandante.

Formuló como excepciones de mérito: falta de legitimación en la causa por pasiva; inexistencia de los elementos que configuran la responsabilidad contractual; las acciones de cobro efectuadas por el banco, constituyen el ejercicio legítimo de sus derechos como acreedor.

SEGURO DE VIDA ALFA S.A.

De entrada, da por ciertos los hechos que se prueban con los documentos aportados con la demanda, y los que no, expresa que no le constan y que por tanto se deberá demostrar en la medida necesaria para desatar el asunto de fondo.

Llama la atención del despacho, manifestando que el causante tomó el crédito de seguro 3 días antes de fallecer, lo cual denota significa que frente a su gravísimo estado de salud opta por tomar el crédito sin declarar el listado de enfermedades de las que padecía.

Expresa que quien debe adelantar el reclamo judicial o extrajudicial es el Banco de Bogotá S.A. y nadie más, denotando entonces una falta de legitimación en la causa por activa por parte de quien demanda ya que la señora LYDDA no aparece en la solicitud del seguro de vida, si no, que la segunda beneficiaria es una de las hijas del asegurado.

Que el pago fue negado por la compañía de seguros ajustándose al artículo 1058 del código de comercio, por el tomador no haber declarado sinceramente su estado de salud, y si él mismo hubiese sido sincero la aseguradora no otorgaría el amparo solicitado.

Declara que el causante antes de hacer la solicitud del seguro presentaba antecedentes de Hiperglucemia, hipercolesterolemia, hipoacusia neurosensorial bilateral, leucemia mieloide crónica y cáncer, patologías evidenciadas en la historia clínica emitida por Coomeva EPS, las cuales no fueron declaradas por el señor OSORIO MOLANO negando cualquier diagnóstico de enfermedad o incapacidad.

Enuncia que no acepta como están narrados los hechos en los cuales manifiesta el demandante se quiere aprovechar de un renglón de todo el cuestionario, pero que el resto del cuestionario mintió, por haber negado la mayoría de las enfermedades en este expuesto entre ellos el cáncer, el cual venía tratando al momento de la firma de la declaración de asegurabilidad.

Frente a las pretensiones se oponen a todas y cada una de ellas y en su lugar una vez se denieguen, se condene en costas a la parte demandante.

Anunció como excepciones de mérito: nulidad relativa del contrato de seguro; indebida representación de la demandante; falta de legitimación en la causa por activa; cobro de lo no debido y enriquecimiento ilícito; mala fe en la suscripción del seguro por parte del asegurado y en la reclamación por parte de la demandante; la preexistencia no se cubre; falta de causa jurídica que sustenten las pretensiones de la demanda; oposición a la estimación razonada de la cuantía o al juramento estimatorio.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El funcionario de primera instancia mediante sentencia proferida el veintidós (22) de junio de dos mil veintidós (2022) declaró próspera la excepción de mérito denominada nulidad relativa del contrato de seguro invocada por Seguros de Vida Alfa S.A. y denegó las pretensiones de la demanda.

PUNTOS DE REPARO Y SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

Manifiesta que el a quo en primera instancia no le dio la debida valoración probatoria a lo aportado por las partes y a lo efectuado en las audiencias.

Indica la parte ejecutora que en el formulario de declaración de asegurabilidad diligenciado por el occiso OSORIO MOLANO con fecha del 9 de febrero de 2018, ante la pregunta número uno “*Me encuentro en buen estado de salud y no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad o incapacidad*” Respondió NO, y que el plenario en primera instancia en su sentencia expresó se encontraba por parte de los demandados 2 Formularios distintos al aportado por el demandante donde respondía Sí a la pregunta general, donde se encuentra que son de fechas totalmente distintas dándose a entender que no son los mismos documentos.

Expresa que no valoró en debida forma las manifestaciones y confesiones realizadas por la señora INGRID NATALIA CRUZ ALEMÁN, representante legal de la aseguradora, y que tampoco valoró de manera adecuada el interrogatorio de parte de la señora LYDDA QUINTERO URIBE.

Que con la primera mencionada no tuvo en cuenta el plenario en primera instancia que manifestó no haberle practicado exámenes médicos al occiso antes de la suscripción del contrato de seguros, cuando en la declaración de asegurabilidad se daba el permiso para hacerlo.

Frente a la señora LYDDA, enuncia que en su interrogatorio de parte no se tuvo en cuenta lo que ella dijo, donde declaró que el señor OSORIO MOLANO siempre estuvo en buen estado de salud y que frente a sus dolencias siempre guardaba silencio.

Exhibe el apoderado judicial que el Juez en primera instancia desconoce el precedente jurisprudencial establecido por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia y de la Corte Constitucional, el cual él formuló tanto en la demanda como en los alegatos de conclusión, y en primera instancia citó tan solo una sentencia para analizar los postulados de Buena Fe y la nulidad relativa del contrato de seguros.

CONSIDERACIONES

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.

PROBLEMA JURÍDICO

En este caso se tiene que el asegurado, el señor EFRAÍN OSORIO MOLANO celebró un contrato de seguro de vida grupo deudores con SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., siendo beneficiario del mismo, el BANCO DE BOGOTÁ S.A., toda vez que adquirió con dicha entidad crediticia un préstamo por \$65.000.000 para la adquisición de un vehículo.

Los demandantes reclaman ante la judicatura el reconocimiento del valor pactado en la póliza ante el fallecimiento del asegurado. 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 la señora LYDDA QUINTERO URIBE, cónyuge del asegurado, reclamados a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., quien, por el contrario, invoca la configuración de reticencia, y por tanto alega que se generó la nulidad relativa del contrato de seguros?

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

ANÁLISIS DEL CONTRATO DE SEGUROS

En este caso se tiene que hay una póliza de seguro de vida grupo, donde es tomador el BANCO DE BOGOTA y asegurados: deudores de la entidad tomadora a quienes se les

otorgue préstamos bajo la modalidad de créditos cuota fija (con excedentes y sin excedentes), cuota variable, saldos descendentes y leasing. La vigencia: desde las 00:00 horas del 01-07-2017 hasta las 24:00 horas del 30-06-2018 y su identificación es grd-458 (ver 07PoderContestacionDemanda página 53). 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 segunda instancia efectuados por la demandante apelante.

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)

ESTUDIO DE LOS REPAROS EFECTUADOS EN LA APELACIÓN

En este asunto se tiene que, con base en la póliza ya descrita, el señor EFRAÍN OSORIO MOLANO se tuvo como asegurado deudor, por haber celebrado un contrato de mutuo con el BANCO DE BOGOTÁ, tomador de la póliza GRD-458. La señora LYDDA QUINTERO URIBE reclama el valor de la póliza y se niega su reconocimiento por haber faltado a la verdad el asegurado deudor al informar sobre su estado de salud. Las pretensiones fueron

desestimadas, pues el juez de primer grado declaró que efectivamente el contrato estaba viciado de nulidad relativa por reticencia.

La actora atacó la decisión, centrándose en los siguientes puntos:

1. De la pluralidad de formularios y el análisis probatorio de los mismos.
2. De la ambigüedad de la primera pregunta del formulario y su interpretación.
3. Los errores probatorios derivados del estudio de los interrogatorios de parte y la prueba testimonial; la ausencia de exámenes y revisiones médicas previas que indica el impugnante, debía hacer la aseguradora.
4. De la ausencia de aplicación de precedentes jurisprudenciales previos.

1. De la pluralidad de formularios y el análisis probatorio de los mismos

Tenemos en este caso dos documentos de declaración del estado de salud del asegurado aportados por la parte demandante y la compañía de seguros, suscritos el 9 de febrero de 2018 donde se indica: “Me encuentro en buen estado de salud y no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad o incapacidad: NO”

Un tercer documento suscrito el 27 de febrero de 2018, aportado en el pdf 11ContestacionDemanda aportado por el Banco de Bogotá, donde se señala: “Me encuentro en buen estado de salud y no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad o incapacidad: SI”

El apelante indica que “la razón por la cual en un documento aparece la pregunta indicada señalada con una equis en la casilla NO (prueba aportada por la parte demandante) mientras que en los otros aparece la misma pregunta señalada con una equis en la casilla SI (prueba allegada por las demandadas), debió haber sido dada por la aseguradora en calidad de profesional en la materia, pues en principio la prueba aportada por la parte actora no fue tachada de falsa y por lo tanto se presume auténtica y por, consiguiente ha debido dársele completo valor probatorio”.

Ahora, no se debe descontextualizar el caso y tomar por cada parte el formulario que más convenga a sus intereses.

Si bien es cierto tenemos dos formularios suscritos en fechas diferentes y ninguno fue tachado de falso, debe analizarse todo el contexto de la transacción. En la demanda se indica la fecha en que se celebró el mutuo:

CUARTO: El señor JOSÉ EFRÁIN OSORIO MOLANO, en vida, adquirió la obligación crediticia distinguida con el número 453123450 con el Banco de Bogotá, sucursal Armenia, Q., por valor de \$65.000.000,00, más el seguro, el día 8 de marzo de 2018.

Se tiene que la fecha de facturación del vehículo fue el 24 de febrero de 2018 (ver pág. 22 11ContestacionDemanda):

Factura de Venta

Nombre Cliente: EDISON ANDRES CAÑOLA CASTAÑEDA
 Dirección: CL 14 NORTE 10 05 EL ROBLERAN CS 14
 05059 ARMENIA
 NIT/C.C./CE/TE: 98657809
 N° Telf: 3146449254/3146449254

Factura N°: PV-05102
 Código: CL-18-000436
 N° Pedido: VSO-18-000674
 Fecha Pedido: 06/02/2018
 Fecha Factura: 24/02/18
 Fecha venc.: 24/02/2018
 Vendedor: KATHERINE OROZCO

Página 1 / 1

Otro documento firmado por el Asegurado tiene fecha del 27: (pág. 27)

Banco de Bogotá 

Certificado de Exención de GMF para desembolsos de créditos otorgados a personas naturales

Ciudad y fecha Armenia 27 de febrero de 2018

Señores
 BANCO DE BOGOTÁ
 Ciudad

Jose Efraín Osorio Molano (Nombre del beneficiario del crédito), identificado(a) con C.C. No. 2.905.263, de Bogotá, para los efectos del numeral 11 del artículo 879 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 6° de la Ley 1430 de diciembre 29 de 2010, reglamentado por el decreto 660 de marzo 10 de 2011

El Soat del vehículo inició su vigencia el 27:

FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA		
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA
2018	02	26	2018	02	27
CAÑOLA CASTAÑEDA, EDISON ANDRES 3146449254					
CC	98657809	95	80000249	11001	
CALLE 14 NORTE NO 10-05 EL ROBLEDAN			ARMENIA		
CASA 14			AT 1317 18576019 0		

La tarjeta de propiedad tiene como fecha de matrícula el 27:

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE *****	POTENCIA HP 192
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 192018000006810	FECHA IMPORT 24/01/2018	PUERTAS 3
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD	PRENDA - BANCO DE BOGOTA	
FECHA MATRICULA 27/02/2018	FECHA EXP. LIC. TTO 06/03/2018	FECHA VENCIMIENTO *****
ORGANISMO DE TRANSITO		
INST MCPAL DE TTO Y TTE PEREIRA		

En consecuencia, si bien hay dos formularios, ninguno de los dos tachado, el próximo a la venta del vehículo y a la celebración del contrato de mutuo es el del 27 de febrero, y es el que contiene la declaración de voluntad acerca del estado de salud a la fecha en que operó la vigencia del contrato de seguro, por lo que es aquel el más cercano al nacimiento de dicho negocio jurídico.

Ahora, si bien dicha contradicción es relevante, lo cierto es que, tomar sólo una frase, la del primer interrogante, aislarlo y valerse de la actividad profesional de la contraparte, no puede llevar a que se descalifique o no se dé valor al resto de lo declarado por el asegurado, cuando se pronuncia respecto de los demás interrogantes contenidos en el formulario.

El formulario no constaba de tan solo la pregunta número uno, si no de 5 preguntas más, las cuales contenían un listado de enfermedades las cuales el occiso no afirmó padecer. En el mismo formulario se evidencia una pregunta abierta donde se le pregunta si no padece una de las enfermedades del listado o alguna incapacidad, que la especificará, la cual dejó en blanco.

2. De la ambigüedad de la primera pregunta del formulario y su interpretación

Adicionalmente asevera la parte actora que “incurrió el despacho una indebida interpretación o error fáctico en relación con dicha prueba, por cuanto si se analiza la respuesta a la misma pregunta “Me encuentro en buen estado de salud y no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad o incapacidad”(resaltado ajeno al texto original) si la respuesta dada por el señor Osorio Molano, en este caso fue SI, entonces, el despacho tener en cuenta la composición de la pregunta, pues la misma tenía dos interrogantes unidos por la conjunción copulativa “y”...”

Efectivamente, existe un interrogante compuesto pero esto no lo hace confuso o que el clausulado sea ambiguo y se debe aplicar la jurisprudencia que cita: simplemente, si la respuesta es SI, el enunciado respuesta a la pregunta compleja es: “Me encuentro en buen estado de salud y no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad o incapacidad” Si la respuesta es No, sería: “NO Me encuentro en buen estado de salud y Sí me han diagnosticado algún tipo de enfermedad o incapacidad”

Este despacho encuentra que la pregunta al contener 2 interrogantes en la misma, a las dos se les podía dar 2 respuestas en la cual una contraría a la otra. Además, a las otras preguntas el causante respondió que negativamente, donde se puede evidenciar que lo alegado por el apoderado demandante y lo contestado en el formulario en las demás preguntas, hubo inexactitud por parte del señor OSORIO MOLANO y es que el interrogatorio escrito en su conjunto busca es determinar el estado del asegurado y sus condiciones de salud.

3. Los errores probatorios derivados de los interrogatorios de parte, la prueba testimonial y de la ausencia de exámenes y revisiones médicas previas

Frente al segundo reparo que hace el apoderado judicial de la parte demandante este despacho encuentra que la señora INGRID NATALIA CRUZ ALEMÁN, quien rindió su interrogatorio de parte desde el minuto 1:28:50 que consta en el expediente 046 video 2. Manifestó en audiencia que la objeción al cobro de crédito fue hecha bajo el hecho de que investigaron que el causante tenía afecciones antes de suscribir el contrato de seguro, que indican ciertas enfermedades que no fueron declaradas por el asegurado y la objeción es por reticencia.

Que las condiciones que ellos revisan en términos generales es la edad y el crédito para el ingreso de las personas al seguro. A partir de los 71 años exigen la declaración de la asegurabilidad, y si en esta informa algún problema de salud, ellos proceden a la práctica de exámenes médicos, en caso contrario solo proceden con la declaración de asegurabilidad como tal, en la cual se manifiesta que está bien.

Por tal situación este despacho encuentra que la ASEGURADORA ALFA S.A. confió en que lo declarado por el señor OSORIO MOLANO en el formulario, fue de buena fe y veraz, por tal razón no se le realizaron ningún tipo de exámenes médicos.

Manifiesta el apoderado judicial que en primera instancia el a quo no apreció en conjunto las manifestaciones realizadas por las señoras LYDDA y XIMENA, en cuanto a las condiciones de salud del señor OSORIO MOLANO durante los últimos días, y su silencio frente a eventuales dolencias.

Encuentra este plenario que tanto la señora XIMENA quien empezó a declarar desde el minuto 2:26:36 de la audiencia que consta en el expediente 046 video 2, como la señora LYDDA quien declara desde el minuto 8:00 de la misma diligencia, que ninguna de las 2 estaba enterada de que el occiso tomara medicamentos, y que tampoco estaban enteradas de ningún crédito que el señor adquiriera. También, ambas manifestaron no

saber muchas cosas del causante, expresando que era una persona muy callada y muy reservada en sus cosas.

La empresa SEGUROS DE VIDA ALFA fue enfática en el interrogatorio de parte absuelto por la señora INGRID NATALIA CRUZ ALEMÁN, que fuera tachado de falso por el apoderado de la demandante, pero que se considera que su versión junto a las demás probanzas arrojadas al plenario fueron coherentes, se da cuenta de que si el señor OSORIO MOLANO hubiese diligenciado el formato de asegurabilidad reportando alguna de las patologías allí enlistadas **hubiera procedido a pedir historia clínica o practicar exámenes, no obstante, aclara con firmeza que en virtud de que el señor OSORIO MOLANO no reportó patologías la empresa atendió su buena fe y procedió a dar el visto bueno para el mutuo.**

Ahora, revisada la póliza, en consonancia con lo declarado por la representante legal de la aseguradora, se tiene (ver página 57 del pdf 07PoderContestacionDemanda) que cuando son créditos inferiores a \$275.000.000 y el asegurado cuenta con más de 71 años debe cumplirse con el requisito para el amparo automático y de asegurabilidad número 2: “Amparo Automático con declaración de asegurabilidad y buen estado de salud. Si presenta una enfermedad diferente a hipertensión controlada o diabetes mellitus controlada, se debe realizar examen médico, parcial de orina y electrocardiograma. Se requiere autorización de la Aseguradora.”.

Ni la ley ni el contrato de seguro exigen requisitos especiales cuando el asegurado supera el promedio de esperanza de vida en Colombia. El contrato de seguro reglamenta qué sucede cuando la edad es superior a los 71 años.

Por lo que se ve, entonces, la representante legal de la sociedad codemandada, explicó con claridad las razones por las cuales, el formulario y lo que en él se interroga, dan cuenta de la información necesaria para contratar la póliza, que los datos omitidos en este caso eran relevantes y necesarios, bien sea para exigir exámenes adicionales o negarse a contratar, que la edad no es necesariamente presupuesto necesario para no asegurar. En tanto, de lo dicho por la demandante y la testigo no puede inferirse que el señor JOSÉ

EFRAÍN OSORIO MOLANO estaba en óptimas condiciones, que desconocía sus patologías, incluso, por el contrario, puede extraerse que, por su profesión es un sujeto calificado, que puede dar cuenta de manera sincera de sus enfermedades y condición de salud.

4. De la aplicación del precedente jurisprudencial citado

Finalmente, frente al último reparo hecho por la parte demandante en el recurso, este despacho encuentra que el plenario en primera instancia utilizó dicho precedente jurisprudencial para analizar la buena fe en materia de contratos de seguros, igualmente para sustentar la nulidad relativa del contrato, pero para el caso específico no explicó porque las conclusiones eran diferentes.

Agregando lo anterior, este Juzgado considera que la sentencia SC-3791 del 01 de septiembre de 2021 no contiene tanto peso vinculante para el caso concreto, por cuanto ya la misma Corte Suprema de Justicia reivindicó el tema en concreto con la sentencia SC 3952-2022, y también, porque en la misma sentencia objeto de reparo fue controversial, tanto que el magistrado ponente Octavio Augusto Tejeiro Duque expresa lo siguiente en cuanto el fallo:

“Ante la ausencia de una concreta y explícita motivación que abarque las razones por las cuales se impone en esta oportunidad la modificación de la doctrina probable de la Corte respecto al estándar interpretativo del artículo 1058 del Código de Comercio, se pierde una invaluable oportunidad de reconsiderar las posiciones de antaño, en menoscabo de la calidad de la carga argumentativa que ello exige, estando de por medio el respeto por los caros principios de igualdad ante la ley, buena fe y seguridad jurídica.” (resaltado fuera de texto)

En primer lugar, debe decirse que el juez no está obligado de manera absoluta a la aplicación de los precedentes, pues bastaría con un caso similar para que simplemente se concedan las pretensiones, como en este caso se quiere. Y, para eso, entonces, sobrarían los despachos judiciales.

El juez no puede aplicar a raja tabla las sentencias anteriores: debe hacer las valoraciones probatorias correspondientes y determinar qué tan análogos o semejantes son los casos: el fallado en la sentencia anterior y el nuevo. Debe decirse que este Despacho considera los siguientes aspectos:

1. La postura de la Corte no fue pacífica. Tiene salvamento de voto del Magistrado ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO, aclaración de voto del Dr. LUIS ALONSO RICO PUERTA, OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE.

Dice la aclaración de voto del Dr TEJEIRO:

“De allí, que la reconstrucción de la ratio decidendi de tan disimiles situaciones y prolífica jurisprudencia constitucional sobre estas controversias en las que, además, surgen con frecuencia aclaraciones y salvamentos de voto de los integrantes de las distintas salas de revisión, supone un seguimiento más detenido para establecer sin lugar a equívocos las subreglas constitucionales creadas y su obligatoriedad”

Y es aún más destacable cuando se indica:

“De otra parte, las órdenes de protección conferidas en el marco de este tipo de asuntos, **se emitieron en favor de personas en estado de indefensión en razón de un alto grado de pérdida de capacidad laboral y ausencia de ingresos para solventar sus necesidades básicas**, como aconteció en los casos acumulados y resueltos en T-027 de 2019, así como en T-490 de 2009, T-832 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-240 de 2016; otras en atención a que debido al incumplimiento de la aseguradora, se había iniciado proceso ejecutivo en contra del afectado, por ejemplo, en T-557 de 2013 y T-501 de 2016 y una importante cantidad, para brindar protección a derechos fundamentales como la vida, vida digna, mínimo vital y salud (T-832 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-437 de 2014, T-865 de 2014, T-240 de 2019, T-058 de 2016, T-094 de 2019, entre otras)” (destacado por el juzgado).

Y también se dice:

“... llama también la atención que aunque este proveído está guiado principalmente por decisiones de la Corte Constitucional, no se haya efectuado una ineludible cavilación acerca de lo expuesto sobre el ítem de la causalidad en C232 de 1997, por la cual se declaró la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio...”

¿Es entonces una decisión vinculante y obligatoria la sentencia SC 3791 de 2021? No, se suman más razones:

1. No fue pacífica la decisión y no impone subreglas claras, pues en las aclaraciones y salvamento se cuestiona lo decidido.
2. El caso no conserva identidad: En el caso de la Corte ocurrió un accidente, no fue muerte natural como en el asunto acá examinado, el asegurado era un docente, en este asunto un médico con conocimiento en el léxico manejado en la proforma.
3. Además, en la sentencia revisada por la Corte, se consideró que no hubo nulidad relativa porque no se demostró la influencia de lo omitido en la conducta del asegurador. Dice la Corte: “De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro”. Empero, en la sentencia del Tribunal se dice que el accionante no informó “gastritis, hernia hiatal, artritis erosiva antral moderada y lumbago”; en este caso se tiene que el asegurado, un anestesiólogo se le expidió una incapacidad médica el 30 de enero, a escasos 27 días de declarar su condición de salud, donde se indica un diagnóstico de “mielofibrosis aguda” y que incluso tuvo internación hospitalaria por el hecho.
4. Es de cuestionar entonces ¿pueden equipararse un accidente de un docente que no declaró gastritis, hernia hiatal, artritis erosiva antral moderada y lumbago al de un médico anestesiólogo que no declaró mielofibrosis aguda, o, como se dice en los interrogatorios, una sospecha de leucemia, por la cual estuvo incapacitado hasta el 13 de febrero declarando perfecto estado de salud el 27?
5. Adicionalmente, como se lee en la aclaración de voto: las sentencias de tutela entraron a proteger los derechos fundamentales en casos de perjuicio

irremediable, de debilidad manifiesta, donde se procura incluso la protección al mínimo vital de los involucrados: en este asunto nada se vislumbra al respecto.

6. Es más, la Corte es enfática en que una cosa es la reticencia y otra cosa que, la aseguradora conociendo la patología, no hubiera contratado el seguro: y es que unas son las expectativas de vida asegurables de quien tiene gastritis, hernia hiatal, artritis erosiva antral moderada y lumbago a quien tiene mielofibrosis aguda. Entonces siguiendo las reglas de la experiencia, se ampararía el riesgo vida a quien probablemente tiene un diagnóstico de mielofibrosis?
7. Ahora, se trató de cuestionar por la codemandante en el interrogatorio que finalmente esa no fue la enfermedad, pero una sospecha de tal diagnóstico previa e internación oncológica hacen considerar como poco probable las posibilidades de aseguramiento de haber prodigado tal información.
8. Adicionalmente debe tenerse en este caso la condición del asegurado: el Dr. JOSÉ EFRAÍN OSORIO MOLANO era médico anesthesiólogo: su profesión es un aspecto subjetivo a tener en cuenta al momento de hacer la declaración de su estado de salud: no puede decirse que él, con sus conocimientos, desconocía las condiciones, consecuencias y efectos de su patología y la incidencia de sus manifestaciones

CONCLUSIÓN

Este despacho considera que la sentencia en primera instancia debe mantenerse porque el fallecimiento del señor JOSÉ EFRAÍN OSORIO MOLANO fue producto del diagnóstico recibido con antelación a la suscripción del formato de asegurabilidad de MIELOFIBROSIS DE ALTO RIESGO, ALTERACIÓN PROGRESIVA FUNCIÓN RENAL –LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, y que como se ha dicho, fue ocultado al acreedor y aseguradora, por ende se abre paso la excepción de mérito de NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Igualmente se explicó con suficiencia, las diferencias con el precedente jurisprudencial citado implican que éste no deba ser aplicado “sí o sí”; que no hubo error en la valoración de las pruebas; que el asegurado, médico anesthesiólogo, con un internamiento hospitalario reciente, con diagnósticos de salud recientes relevantes, con una incapacidad

médica considerable que feneció a contados días de la declaración de sus condiciones de salud, no referenció estos aspectos ante la aseguradora.

Finalmente, se explica con detalle la ausencia de vinculatoriedad de la sentencia referida, las razones por las cuales no hubo una indebida valoración de las declaraciones recibidas; por lo que se desvirtúan los reparos formulados y se confirmará el fallo cuestionado.

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: CONFIRMAR la sentencia proferida el veintidós (22) de junio de dos mil veintitrés (2023) por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Armenia Q. en el proceso Verbal de Responsabilidad Contractual adelantado por LYDDA QUINTERO URIBE en contra del BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

SEGUNDO: CONDENAR en costas en esta instancia a la parte demandante y a favor de la parte demandada. Para el efecto, se fijan como agencias en derecho la suma de un (01) 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: **82c4c8be7961d739bc34b19fdda9ee7589f4f93e1fec1b28877572cc50ace452**

Documento generado en 21/04/2023 06:08:14 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

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