

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO TREINTA Y OCHO CIVIL DEL CIRCUITO**

Bogotá D.C., veintiocho (28) de marzo de dos mil veintidós (2022)

PROCESO N°: 1100131990032019-00239-01
DEMANDANTE: LUIS ÁNGEL MINDOLA MARTÍNEZ
DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR FINANCIERO - SEGUNDA INSTANCIA

Procede el Despacho a resolver el recurso de apelación propuesto por la parte demandada contra la sentencia proferida el 22 de enero de 2020 por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia en el asunto de la referencia, conforme lo dispone el artículo 14 del Decreto Legislativo 806 de 2020, previo registro de los siguientes:

ANTECEDENTES

El demandante por conducto del apoderado judicial solicitó: i) declarar contractualmente responsable a la demandada, respecto de las obligaciones del contrato de seguro de vida grupo no contributivo, bajo la cobertura de incapacidad total o permanente, teniendo en cuenta que el señor Mindola Martínez funge como asegurado; y ii) condenar al pago de \$75.795.912,00 más los intereses de mora liquidados desde el 4 de abril de 2018.

Refiere, que la empresa C.I. Prodeco S.A. tomó la póliza de seguro No. 083001004433, en la que el demandante es asegurado en virtud de su relación laboral con la referida empresa desde el 26 de abril de 2010. Sin embargo, se duele que no se le informaron las condiciones del seguro contratado por su empleador.

Expone, que el seguro contratado amparaba los siguientes siniestros: enfermedades graves, vida, invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad general o accidente, doble indemnización por muerte accidental y pérdida de capacidad total.

Indica, que el señor Luis Ángel Mindola Martínez fue calificado con pérdida de capacidad laboral equivalente al 60,88%, por la Junta Nacional de Calificación de

Invalidez y la Administradora Colombiana de Pensiones -Colpensiones-, según los dictámenes No.77029029-5020 del 23 de marzo de 2016 y No. 2017233712ff del 30 de agosto de 2018, respectivamente.

Narra, que las entidades encontraron que la fecha de estructuración de la discapacidad fue el 14 de enero de 2016, teniendo un origen de enfermedad común. Las patologías que llevaron dictaminar la pérdida de capacidad son: bursitis del hombro bilateral, episodio depresivo moderado, espondilitis anquilosante; gastritis; hemorroides internas, hipertensión esencial, hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, síndrome de túnel del carpo y tinnitus.

Refiere, que el 3 de abril de 2018 su prohijado radicó derecho de petición ante su empleadora -Departamento de Gestión Humana- solicitando su indemnización por invalidez, bajo el amparo de incapacidad total y permanente, al reparar que aquélla figura como tomadora de la póliza de seguro en mientes. Asimismo, diligenció el formulario dispuesto para tal fin.

Recita, que el 20 de abril de 2018 se le informa al señor Mindola Martínez, que su reclamación fue trasladada a la aseguradora demandada, asignándosele el radicado No. 0830099839028; sin embargo, aclara que ello ocurrió después de que su empleador hubiere remitido la documentación al intermediario Willis Towers Corredores de Seguros S.A., pese a ser contrario a su función -artículo 40 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y artículo 1347 del Código de Comercio-.

Detalla, que el 15 de mayo de 2018, luego de 42 días desde la radicación de la reclamación, la misma fue negada, so pretexto de encontrarse una exclusión particular de la póliza para la vigencia del 1 de diciembre de 2015 al 1 del mismo mes del año 2016, puesto que la estructuración de la invalidez data del 14 de enero de 2016. La aseguradora expone que, la pérdida de capacidad laboral que sea consecuencia directa o indirecta de una patología osteo musculares o de trastornos mentales de origen común, no se encuentra asegurada.

Argumenta el apoderado que la exclusión alegada por la entidad aseguradora, no le es oponible a su representado, puesto que fue silenciosa, clandestina y

furtiva, por no haber sido informada en debida forma al asegurado, lo que en su sentir produce una conculca a los derechos de aquel como consumidor financiero.

Exponiendo su idea, comenta que por tratarse de un contrato de adhesión, se exigía un nivel avanzado de información, sin que bastare la inclusión de cláusulas predispuestas, donde se afirma haber informado al consumidor. Se debe facilitar el acercamiento de lo a que se están obligando los extremos del convenio, situación que no aconteció.

En ese orden de ideas, considera que se conculcaron los derechos de su cliente como consumidor financiero, puesto que la información necesaria solo fue suministrada hasta la reclamación.

TRAMITE PROCESAL

Mediante providencia del 25 de marzo de 2019 se admitió la demanda de protección al consumidor financiero, el cual fue notificado personalmente a la demandada el 2 de mayo de 2019; quien presentó escrito de excepciones previas y contestación de la demanda.

La excepción previa de "pleito pendiente entre las mismas partes y sobre el mismo asunto", fue resuelta de forma adversa el 29 de agosto de 2019.

De otra parte, las excepciones de mérito propuestas fueron: i) prescripción de la acción de protección al consumidor financiero; ii) ausencia de siniestro - aplicación de la ley contractual – exclusión como límite convencional al riesgo asumido por parte de Seguros de Vida Suramericana S.A.; iii) inexistencia de incumplimiento en el deber de información por parte de Seguros de Vida Suramericana S.A. -plena validez y eficacia de las condiciones particulares y generales; iv) incumplimiento de los deberes de autoprotección del consumidor financiero a cargo del consumidor financiero; v) inexistencia de conducta alguna violatoria de los derechos del consumidor financiero por parte de Seguros Suramericana S.A.; vi) nulidad relativa del contrato de seguro por declaración reticente o inexacta; vii) caducidad o pérdida del derecho a la suma asegurada por mala fe del demandado en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro; viii) inexistencia del siniestro de incapacidad total y

permanente; ix) -subsidiaria- sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstas en la póliza de seguros de vida grupo deudores: límite valor asegurado, definición de amparos y exclusiones; x) el seguro no es fuente de enriquecimiento -enriquecimiento sin justa causa-; y xi) la genérica.

Conforme al criterio de la parte demandada, en el presente asunto operó el fenómeno de la prescripción de la acción de protección al consumidor conforme a los artículos 57 y 58 de la Ley 1480 de 2011, dado que transcurrió un año desde la finalización del contrato de seguro, puesto que al tratarse de una renovación, dicho convenio regía desde el 1º de diciembre de 2015 al 1º del mismo mes del año 2016, por lo que podía demandar hasta el 1º de diciembre de 2017, radicando la demanda por fuera del término el 30 de enero de 2019.

Arguye, que conforme al dictamen de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez que calificó al demandante con pérdida de capacidad laboral en un 60,88% de origen común, se consolidó una situación que está por fuera de la cobertura pactada en la vigencia de renovación referida.

Lo anterior, dado que desde el 7 de octubre de 2015, se puso en conocimiento al corredor de seguros, a la empresa tomadora y a los asegurados, incluso al público general a través de su portal web, las condiciones particulares del seguro para la vigencia aplicable, recalcando, que se trata de una renovación y no de una prórroga, por lo que se debe entender como un contrato ajeno a las vigencias anteriores, incluyendo a la efectiva para la fecha de ingreso a la póliza por el demandante.

De otra parte, en lo que concierne al derecho de información, la aseguradora comenta que, el demandante debía de tener conocimiento del clausulado que contemplaba la exclusión, puesto que hacía parte de Sintracarbón -sindicato que negocia colectivamente el deber en cabeza de su empleadora de contratar la póliza-. Dicho sindicato, dentro del trámite de negociación colectiva instaló un comité de verificación del seguimiento del pacto.

De otra parte, alude que el demandante al aportar con la demanda el clausulado vigente al momento del siniestro, se puede colegir que tenía pleno conocimiento de los contornos de la cobertura. Aunado a ello, memora que conforme a la ley

y Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, no existe la obligación de informar al asegurado, sino al tomador.

Por el contrario, el artículo 6º de la Ley 1328 de 2009 exige un deber de autoprotección en el demandante, mismo que no fue ejecutado en ningún momento, siendo de su resorte buscar la información necesaria frente a las coberturas de las pólizas; situación que no ocurrió con la aseguradora, dado que siempre dio cumplimiento a las normas de protección al consumidor, brindando la información en todo momento, resolviendo en tiempo la reclamación y ajustando su comportamiento al ordenamiento jurídico.

Expone, que el demandante no declaró de forma sincera el verdadero estado del riesgo a la celebración del contrato, pues omitió informar el diagnóstico que padecía en la fecha que firmó la solicitud de seguro No. 492140, haciendo incurrir en error a la aseguradora, dado que en el cuestionario afirmó, no padecer ninguna enfermedad del catalogo, sin embargo; padecía de presión arterial alta y trastornos psíquicos, tal como se colige del dictamen No. 77029029-5020 del 23 de agosto de 2018 expedido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez; debiéndose sancionar tal conducta conforme al artículo 1058 del Código de Comercio.

Itera, que la mala fe del asegurado o del beneficiario conforme al inciso segundo del artículo 1078 del Código de Comercio, hará perder el derecho, lo que implica la caducidad del mismo en otras palabras.

De forma subsidiaria, deprecó que se debe aplicar en caso de que no sean aceptadas sus defensas los límites del valor asegurado para la fecha del siniestro, esto es, un valor de \$69.684.576,00.

Finalmente, comenta que el seguro no puede ser una fuente de enriquecimiento sin justa causa, dado que adelanta una causa laboral por el mismo siniestro, lo que podría generar una doble indemnización.

La parte demandante encontrándose en término, describió el traslado de las excepciones impetradas por su opositora, oponiéndose a las defensas, puesto que en su criterio, no se configura las defensas impetradas, insistiendo en los

argumentos fácticos de sus pretensiones, particularmente en que no fue informada la exclusión que se pretende hacer oponible.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Agotado el procedimiento de rigor, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, en audiencia de instrucción y juzgamiento adelantada el 22 de enero de 2020, profirió sentencia que puso fin a la instancia, oportunidad en la que declaró no probadas las excepciones impetradas por la demandada a excepción de las denominadas: "incumplimiento de los deberes de autoprotección del consumidor financiero a cargo del consumidor financiero" y "subsidiaria- sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstas en la póliza de seguros de vida grupo deudores: límite valor asegurado, definición de amparos y exclusiones"; como consecuencia de ello, declaró a la demandada responsable contractualmente por el incumplimiento del contrato de seguro en Litis, condenándola al pago del valor asegurado por \$69.684.576,00 más los intereses de mora desde el 26 de abril de 2018, con su respectiva condena en costas.

De entrada, concluye que la figura de la prescripción no opera en el caso objeto de estudio, puesto que el término se debe computar desde la salida del demandante de la empresa tomadora, lo cual ocurrió el 24 de diciembre de 2018, que fue cuando efectivamente salió de la cobertura del seguro.

Superada esa primera fase, refiere que no existe discusión sobre la existencia del contrato de seguro, por lo que era del resorte del demandante demostrar el siniestro y la cuantía de aquel; mientras que el demandado, la causal que lo exima del deber de asegurar.

Respecto de las excepciones que orbitan en lo que concierne al deber de información al asegurado, el a quo, expone que del acerbo probatorio recaudado no se demostró que efectivamente se hubiere comunicado las condiciones del contrato de seguro en los términos planteados por la aseguradora, por lo que la exclusión de amparo no le es oponible al trabajador asegurado; incluso, refiere que el apartado pertinente en la declaración de asegurabilidad resulta ilegible, impidiéndose el alcance pretendido por la llamada a juicio, por lo que la relación

debe ser juzgada conforme al clausulado vigente al momento de ingreso a la póliza de seguro.

Aunado a ello, expone que las aseguradoras no se pueden extraer del deber de información, conforme a los derroteros del título primero de la Ley 1328 de 2009 -literal c) art. 7-; artículo 38 de la Ley 153 de 1887; y artículo 871 del Código de Comercio, dicho escenario de protección se incorpora a toda relación donde intervenga una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Resalta en ese orden de ideas el principio de debida diligencia -literal a) artículo 3º de la Ley 1328 de 2009-; derechos del consumidor financiero -literal b) artículo 5º ibídem-; y obligación de dar cumplimiento por las entidades vigiladas -literal b) artículo 7º ídem-.

De otra parte, en lo que refiere a las defensas que orbitan frente a la demostración del siniestro, simplemente desarrolla la delegatura que, con el dictamen de calificación de pérdida de capacidad se demostró ampliamente aquel, conforme a la ley contractual; en contraste, memorando lo ya referido, la compañía demandada, no demostró como era de su resorte, la exclusión del amparo. De igual forma el extremo demandante, probó en debida forma la cuantía del valor asegurado, como se desprende de la certificación suministrada por Suramericana Seguros de Vida S.A..

En lo que concierne a las defensas que tienen como sustento la reticencia y mala fe del asegurado, luego de indicar los presupuestos legales para la declaratoria de nulidad relativa en tal sentido, concluye que la misma no opera, puesto que en el plenario no quedo demostrado que el asegurado, hubiere diligenciado la declaración de asegurabilidad omitiendo información sobre su verdadero estado de salud, por el contrario la pasiva, no trajo el convencimiento frente a la existencia de patologías previas al año 2010. Insiste el a quo que, el formato donde se consignó la declaratoria de asegurabilidad es ilegible.

De forma sucinta, frente a la oposición sustentada en la posibilidad de una doble indemnización comenta que, no se aportó una decisión judicial que permita inferir que la demandada, ya fue objeto de condena en los mismos términos a los pretendidos en la actual causa, por lo que no sería atendida.

En lo que respecta, al no acatamiento de los deberes como consumidor que tenía el demandante, indefectiblemente se observa que tal como lo expone la aseguradora, no se honraron; sin embargo, bajo lo dispuesto por el parágrafo 1º del artículo 6º de la Ley 1328 de 2009, ello no implica que se pierda el derecho del consumidor, por lo que pese a resultar avante, no tiene la capacidad de enervar las pretensiones.

Finalmente, la última excepción objeto de análisis, fue la planteada de forma subsidiaria en caso de una eventual condena, la misma también fue llamada al éxito sin que enerve las pretensiones, pero si delimitarlas, con la aclaración que la ley contractual aplicable, sería la vigente conforme a las condiciones de ingreso, conforme y no la incluida en el año 2015 y 2016.

LA IMPUGNACIÓN

Inconforme con lo resuelto, el apoderado de la parte demandada, impugnó la decisión, para lo cual adujo que el juzgador de primera instancia erró al no declarar la prescripción dentro del asunto, puesto que al no tratarse de una prórroga, sino de una renovación, el vínculo aseguraticio finiquitaba el 1º de diciembre de 2016, teniendo el demandado tiempo para acudir solo hasta el 1º de diciembre de 2017.

Aunado a ello, el a quo en su criterio, incurrió en indebida valoración probatoria, dado que el documento que contiene la declaración de asegurabilidad es completamente legible; incluso, de los demás medios de prueba se concluye que el accionante conocía de los alcances del seguro vigente al momento de estructurarse el siniestro, puesto que era miembro del sindicato que generó la contratación de la póliza -además representaba a los trabajadores en lo pertinente-, y la directora de seguros de su empleadora, demostró que las condiciones eran puestas en conocimiento de los miembros de la empresa.

Insiste en que, el estatuto del consumidor no es aplicable al caso, dado que por los contornos de la empresa contratante, en todo momento existió una negociación de los contenidos del clausulado. Asimismo, que su deber de información solo era predicable de la entidad tomadora del seguro, y no de cada asegurado.

Finalmente, en lo que concierne a la reticencia y mala fe del asegurado, estima que no se valoraron en debida forma las prueba allegadas, puesto que en la historia clínica de Salud Total E.P.S., reporta antecedentes clínicos anteriores a enero de 2010, dado que consultaba por dolor de rodilla y oído, por lo que no declaró su estado real de salud.

Mediante providencia del 22 de enero de 2021, se concedió a la parte demandada el término para sustentar los reparos formulados contra la providencia censurada conforme a los supuestos del artículo 14 del Decreto 806 de 2020.

La parte apelante, dentro del término concedido procedió a sustentar el recurso impetrado, exponiendo de forma más detallada los reparos concretos contra la sentencia de instancia, insistiendo en que se consolidó la prescripción de la acción de protección al consumidor, se demostró la exoneración del deber de pagar el valor asegurado por una exclusión en la cobertura, al no existir el deber de informar el clausulado al asegurado y que el contrato es nulo relativamente, por presentarse reticencia y mala fe por parte del actor al momento de constituir el seguro.

A su turno, en providencia del 13 de agosto de este año, se corrió traslado del escrito de sustentación al no recurrente. La parte no apelante, en contraste, en su escrito se opuso a la prosperidad de las alegaciones de la parte vencida en primera instancia, compartiendo el análisis del caso objeto de estudio que hizo el a quo en general.

CONSIDERACIONES

Ha de partir esta sede judicial por admitir que se está ante una actuación válida, si se tiene en cuenta que no se vislumbra causal con entidad para anular en todo o en parte lo actuado; luego, se torna procedente proferir sentencia toda vez que los llamados presupuestos procesales de competencia, capacidad, representación y demanda en forma, concurren en la presente actuación.

En el presente asunto, debe determinarse: i) si se consolida el fenómeno de la prescripción -como lo plantea el censor-; ii) si existe reticencia o mala fe que

afecte el vínculo aseguratorio entre las partes; y iii) si la aseguradora probó o no, hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, puesto que los reparos formulados contra la sentencia de marras se sintetizan en cuestionar ello.

En este punto, es necesario resolver el primer problema jurídico planteado. Tal como expuso el a quo en la providencia que finiquitó la primera instancia, nos encontramos ante una acción de protección al consumidor financiero, puesto que por un extremo está una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, y en el otro a un consumidor financiero, a las luces del literal d) del artículo primero de la Ley 1328 de 2009.

Como bien memora la Delegatura, conforme a los artículos 38 de la Ley 153 de 1887 y artículo 871 del Estatuto Mercantil, se incorporan al contrato las leyes vigentes al tiempo de su celebración, por lo que es evidente que el régimen de protección al consumidor financiero, también es aplicable al presente asunto.

De entrada se debe hacer una breve exposición, para concluir que no estamos analizamos el fenómeno de la prescripción, sino el de la caducidad, puesto que el numeral 3º del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, indica refiere que, la demanda respecto de controversias netamente contractuales, se deberá presentar a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato.

Sobre el particular, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha indicado que:

“por ser la prescripción un fenómeno extintivo basado en el transcurso del tiempo, “ha sido frecuente entender que toda extinción de acciones por esta causa se considera como un fenómeno de prescripción”, al que le son aplicables las “reglas que a ésta gobiernan”. Lo que no pasa de ser una confusión “entre dos órdenes de instituciones jurídicas de características esenciales bien diferenciadas (...). En efecto, al lado de la prescripción liberatoria como medio de extinguir las acciones en juicio se admite desde hace algún tiempo (...) el de la caducidad o término perentorio, el cual puede producir -es verdad- los mismos efectos, pero cuyos fundamentos esenciales, así como su régimen en la actuación positiva del derecho son muy distintos de los que integran aquella figura jurídica” (SC, CSJ. 14 may. 2001. Exp. 6144)

En ese orden de ideas, pese a que para los efectos el fin perseguido sea el mismo, se analizará la caducidad de la acción de protección al consumidor.

Tal como expone el censor, existe diferencia entre una prórroga y una renovación. Sin entrar en mayores consideraciones, el Despacho coincide en tal sentido, puesto que no es lo mismo continuar con las mismas condiciones del contrato - prórroga-, a variar elementos del mismo -renovación-.

De una interpretación ligera se podría concluir que, en el presente asunto operó el fenómeno de la caducidad, puesto que la vigencia del contrato en que ocurrió el presunto siniestro -14 de enero de 2016- finalizaba el 1º de diciembre de 2016, por lo que tenía como término máximo para radicar la demanda el 1º de diciembre de 2017.

No obstante, una interpretación de ese corte, desconocería las circunstancias del asunto, puesto que para acudir, el asegurado, conforme a la ley y a las cláusulas del contrato requería de la existencia de una calificación de pérdida de capacidad laboral, debidamente emitida por la entidad competente.

Conforme a los elementos de prueba recaudados, se tiene por probado que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez mediante dictamen No. 77029029-5020 del 23 de agosto de 2018, indicó que el asegurado tiene una pérdida de capacidad laboral equivalente al 60,88% de origen común y con fecha de estructuración el 14 de enero de 2016 (fls. 119 a 125), cual fue comunicado al demandante en misiva fechada el 26 de marzo de 2018, sin que se acreditara en que fecha conoció la experticia.

No se puede pasar por alto que previo a acudir a la protección jurisdiccional de los derechos como consumidor, al amparo del numeral 5º del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, se debe reclamar directamente ante el presunto infractor de las garantías. Así las cosas, luce razonable que el asegurado hubiere iniciado gestiones para tal fin desde el 3 de abril de 2018, obteniendo respuesta negativa 15 de mayo de 2018.

El apelante pierde de vista que, si bien, la fecha de estructuración del siniestro ocurrió el 14 de enero de 2016, lo cierto, es que el asegurado tuvo conocimiento de dicha circunstancia, en gracia de discusión, el 26 de marzo de 2018, por lo que es desde esa fecha que se debe contabilizar el término.

En ese orden de ideas, se debe indicar que el reparo formulado por la entidad no tiene vocación de prosperidad.

Superado lo anterior, se debe partir por indicar que en el presente asunto no se discute, y quedó plenamente probada, la existencia de del contrato de seguro de vida grupo no contributivo -póliza de seguro No. 083001004433- con vigencias anuales sucesivas a partir del 1º de diciembre de 2010 al 1º del mismo mes de 2018, fungiendo como aseguradora la entidad demandada, como asegurado el demandante y como tomadora la empresa C.I. Prodeco S.A..

Para el efecto ténganse en cuenta los hechos de la demanda, su contestación, las comunicaciones de renovación (fls. 21 a 100), las condiciones generales y particulares del seguro -F-02-83-237- (fls. 101 a 118), solicitud de seguro de vida grupo No. 492140 (fls. 209 a 210), las condiciones generales y particulares del seguro -F-02-83-282- (fls. 211 a 219), la respuesta negativa a la reclamación (fls. 18 a 19), y los interrogatorios de las partes.

En ese orden de ideas, se encuentra satisfecho el presupuesto procesal de legitimación en la causa para acudir a juicio, tanto por activa como por pasiva.

Por lo anterior, dado que se trata de un contrato de seguro, este se define como aquel en donde una parte denominada asegurado, obtiene la promesa de otro llamado asegurador, para que a cambio de una remuneración o prima, en caso de que se configure un siniestro, este o los beneficiarios reciban una indemnización.

El artículo 1045 del Código de Comercio, determina los elementos esenciales del contrato de seguro, los cuales son: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro, y la obligación condicional del asegurador. Dicha norma además establece, que a falta de alguno de estos elementos, el contrato no tendrá efecto, y por tanto es ineficaz de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial.

Igualmente es importante resaltar, qué por tratarse de un contrato bilateral, de acuerdo con el artículo 1496 del Código Civil, las partes contratantes se obligan de manera recíproca generando obligaciones mutuas entre el tomador y la aseguradora.

Por lo anterior, el artículo 1036 del Código de Comercio determina que en caso de presentarse el siniestro objeto del seguro, surge la obligación de la aseguradora, de amparar el riesgo asegurado y para el tomador, la de pagar el valor de la póliza en la forma y términos pactados.

Para el caso en estudio, el señor MINDOLA MARTÍNEZ, sufrió una pérdida de capacidad laboral del 60,88% el 14 de enero de 2019.

Sin embargo, la aseguradora al presentar los reparos contra la sentencia primera instancia, insistió en que dentro del asunto conforme se expuso en el acápite de excepciones propuestas, se presenta la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO POR RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO, con fundamento en que según obra en la historia clínica, el asegurado para la fecha de suscripción del contrato presentaba dolores en rodilla y oído, de modo que se configura dicha nulidad, por no haberse declarado el real estado de salud del asegurado.

Sobre este punto es pertinente señalar, que el artículo 1058 del Código de Comercio, establece que al tomador de un seguro, le asiste la obligación de declarar fielmente, todos los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo que se va a cubrir, constituyéndose ésta en la motivación para contratar, determinando el mismo artículo, que los efectos por la reticencia o la inexactitud en la declaración, o el encubrimiento por culpa de hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, produce la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de sus condiciones.

Sin embargo, dicho artículo prevé dos circunstancias en las que la inexactitud o reticencia no opera.

En primer lugar, cuando una vez celebrado el contrato, la aseguradora tiene conocimiento de la inexactitud o reticencia que cometió el tomador y guarda silencio, pues se entiende que con esto se configura su aquiescencia, circunstancia que impide que posteriormente alegue la nulidad del acuerdo o por el contrario tome las medidas necesarias para conjurar el error y no esperar hasta que ocurra el siniestro para alegar la reticencia.

En segundo lugar, cuando la entidad aseguradora ha conocido o debió conocer antes del contrato los hechos o circunstancias sobre los vicios de la declaración del tomador, situación que hace que no se pueda alegar la nulidad relativa del contrato pues a pesar del conocimiento de las condiciones reales del riesgo, celebra el contrato, asume el amparo y no hay engaño que se le pueda imputar posteriormente al asegurado.

En igual sentido se predica cuando la aseguradora por su culpa no alcanza a conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, debiendo correr con las consecuencias de su falta de diligencia.

Corresponde por tanto verificar si hubo omisión del demandante, en manifestar su estado real de salud, en cuanto a la preexistencia de dolores en rodilla y oído que alega la aseguradora, padecía el asegurado al momento de la celebración del contrato y si por tanto se configura el incumplimiento del convenio y la consecuente nulidad relativa invocada o si por el contrario por la conducta de la aseguradora no se establece tal situación.

Debe adelantarse, que conforme expuso la Delegatura con Funciones Jurisdiccionales, en el presente asunto no se logró demostrar la falencia en la declaración de asegurabilidad que afecte la validez del convenio.

Contrario a lo alegado por el apoderado de la entidad aseguradora, comparte este estrado con el a quo, que el formulario de seguro de vida de consecutivo No.492140, no resulta legible en todos sus acápite, por lo que no se puede determinar de forma fehaciente el alcance de la declaración del asegurado, es decir, verificar cual fue el estado de salud que declaró respecto del cuestionario formulado.

No obstante, en un ejercicio hipotético en el que se partiera del supuesto que, el declarante indicó gozar de buen estado de salud, lo cierto es que, de las historias clínicas allegadas al plenario no se observan antecedentes en el sentido que expuso la aseguradora, por el contrario, con anterioridad a la declaración de asegurabilidad, se observa que los servicios de salud no reportan ninguna patología considerable, que pudiese afectar la relación contractual objeto de estudio.

De otra parte, conforme al mandato constitucional contemplado en el artículo 83 de la Carta Política, la buena fe se presume, siendo del resorte de quien alega la mala fe de su contraparte probarla. Sin mayores consideraciones, no se observa en el plenario medio de prueba que permita tener por desvirtuada la presunción, puesto que el asegurado al momento de realizar la reclamación directa puso en conocimiento de la aseguradora el medio de prueba conducente según la ley contractual para demostrar el siniestro, pese a que con anterioridad existieron otras valoraciones, lo cierto es que la definitiva fue la del mes de marzo de 2018.

Aunado a ello, tal como se puso de presente, la historia clínica no reporta patologías o sucesos médicos que permitan inferir una omisión del asegurable en la oportunidad pertinente, esto es, la declaración de asegurabilidad, por lo que el Despacho no arriba a la conclusión que permite imponer el extremo apelante.

Bajo esas breves consideraciones, al no haber probado la demandada los supuestos facticos de la norma cuyo efectos persigue, se debe concluir que no existe vicio alguno en el convenio que afecte la validez del mismo, por lo que el reparo no tiene la capacidad de enervar el fallo de instancia.

Finalmente, corresponde al estrado entrar a analizar el último de los problemas jurídicos conforme a los reparos impetrados contra la sentencia de primer instancia.

Conforme a los derroteros del artículo 1077 del Código de Comercio, se les exige a las partes en contienda cumplir con una carga específica de la prueba. Al asegurado o beneficiario corresponde demostrar la ocurrencia del siniestros, así como la cuantía de la pérdida según el caso. De otra parte, a la aseguradora deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Para el caso objeto de estudio, se debe indicar que se demostró el siniestro por parte del asegurado, como de la cuantía de aquel. Pues como refirió el estrado de primer grado, la ocurrencia del siniestro se demostró de forma efectiva con el dictamen No. 77029029-5020 del 23 de marzo de 2018 emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Respecto de la cuantía, sin mayores consideraciones se debe aceptar como prueba la certificación expedida por la entidad aseguradora el 31 de mayo de 2018 (fls. 129 a 131), donde indica que el

valor asegurado para la fecha del hecho generador de reclamación, era de \$69.684.576,00.

El siniestro demostrado al interior del asunto, consintió en la pérdida de capacidad laboral del señor LUIS ANGEL MINDOLA MARTÍNEZ en un 60,88% producto de una enfermedad común y con fecha de estructuración 14 de enero de 2016. Dicha pérdida fue producto de las siguientes patologías: bursitis del hombro bilateral, episodio depresivo moderado, espondilitis anquilosante; gastritis; hemorroides internas, hipertensión esencial, hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, otros trastornos especificados de los discos intervertebrales, síndrome de túnel del carpo y tinnitus

Superado lo anterior, se debe proceder a analizar si la entidad demostró algún hecho o circunstancia que genere la exoneración de su responsabilidad.

En este punto, se debe decantar la disyuntiva propuesta en la Litis, respecto de qué condiciones generales y particulares deben regir la relación contractual, pues de una parte, el extremo demandante indica que son las contenidas en el clausulado distinguido con el consecutivo No. F-02-83-237, mientras que su opositora el No. F-02-83-282 y la informada el 7 de octubre de 2015.

Lo anterior, es de vital relevancia, puesto que el primer compendio el siniestro sufrido por el asegurado encuentra cobertura, mientras que en el segundo caso no.

El demandante se duele a lo largo de su escrito inicial que, la entidad aseguradora incumplió el deber de información, por lo que en caso de existir la exclusión alegada como sustento de la negación de su reclamación directa, la misma le es inoponible, por lo que no se debe tener como un eximente a su deber de responder.

Por el contrario, la entidad comenta que en todo momento se brindó la información necesaria, tanto al asegurado, como a la tomadora del seguro, e incluso a la corredora de seguros que servía de intermediaria.

Para el caso que nos ocupa, y al haber decantado que las leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011 son vinculantes, no existe duda que en cabeza de la entidad vigilada existe un deber de "suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado" – literal c) artículo 7º Ley 1328 de 2009-.00

Sin embargo, ello no quiere decir que se soslayen las normas que regulan de forma especial la relación comercial, puesto que el numeral 3º del artículo 37 de la Ley 1480 de 2011, impone cuando se trate de contratos de seguro, el deber en cabeza de la entidad aseguradora de entregar de forma anticipada el clausulado, al tomador y no al asegurado, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.

En ese orden de ideas, quedó plenamente demostrado que, por conducto de la corredora de seguros -Willis Colombia Corredores de Seguros S.A.-, se informó de forma efectiva las condiciones de renovación de la póliza de seguro objeto de Litis para la vigencia 1º de diciembre de 2015 al 1º del mismo mes de 2016, tal como se desprende de la documental de 7 de octubre de 2015 (fls. 65 a 74) y de las declaraciones de los testigos Claudia Plata Forero y Kelly Sabrina Nuñez Martínez, representante de la corredora y directora de seguros de C.I. Prodeco S.A., respectivamente.

Así las cosas, al no existir un deber de informar al asegurado de las condiciones del seguro, pero si al tomador, se debe concluir que la exclusión contenida en las condiciones particulares del contrato de seguro de vida grupo no contributivo plasmadas en la comunicación del 7 de octubre de 2015 y generales del formulario F-02-83-282, son aplicables al caso.

Dicha condición particular que fue introducida con oportunidad de la renovación realizada el 1º de diciembre de 2015, refería que adicional a las contenidas en el clausulado de marras, se adicionará como exclusión la correspondiente a "INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD" (...) "la invalidez o pérdidas de capacidad laboral que sean consecuencia directa o indirecta, en todo o en parte, de patologías osteomusculares o de trastornos mentales cuyo origen sea común".

Por tanto verificados los dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral, se puede establecer que las patologías que dieron lugar a la misma, fueron calificadas de enfermedad de origen común, como también lo informó el demandante en el escrito de demandada.

En ese orden de ideas, quedó demostrada la condición para colegir que hay un eximente de responsabilidad por parte de la aseguradora, puesto que es claro que se había pactado entre aseguradora y tomador, una exclusión del riesgo asegurable, por lo que la situación presentada por el asegurado no tiene la cobertura deseada, siendo claro que no se suplen los presupuestos para declarar el incumplimiento del contrato de seguro y por ende la prosperidad de las pretensiones.

En mérito de lo expuesto, se debe revocar la sentencia del 22 de enero de 2020, declarando prosperas las excepciones denominadas: ausencia de siniestro - aplicación de la ley contractual – exclusión como límite convencional al riesgo asumido por parte de Seguros de Vida Suramericana S.A.; inexistencia de incumplimiento en el deber de información por parte de Seguros de Vida Suramericana S.A. -plena validez y eficacia de las condiciones particulares y generales e inexistencia del siniestro de incapacidad total y permanente; y ampliando el espectro de la -subsidiaria- sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstas en la póliza de seguros de vida grupo deudores: límite valor asegurado, definición de amparos y exclusiones; por ende negando las respectivas pretensiones y su consecuente condena en costas.

*Por lo expuesto el **JUZGADO TREINTA Y OCHO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,*

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la sentencia proferida por la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA el 22 de enero de 2020, por lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR probadas las excepciones de mérito denominadas: ausencia de siniestro -aplicación de la ley contractual – exclusión como límite convencional al riesgo asumido por parte de Seguros de Vida Suramericana S.A.; inexistencia de incumplimiento en el deber de información por parte de Seguros de Vida Suramericana S.A. -plena validez y eficacia de las condiciones particulares y generales e inexistencia del siniestro de incapacidad total y permanente; y ampliar el espectro de la -subsidiaria- sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstas en la póliza de seguros de vida grupo deudores: límite valor asegurado, definición de amparos y exclusiones.

TERCERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

CUARTO: CONDENAR en costas a la parte demandante en ambas instancias. **FIJAR** como agencias en derecho la suma de UN (1) salario mínimo legal mensual vigente.

QUINTO: DEVOLVER el expediente a la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

NOTIFÍQUESE,

**CONSTANZA ALICIA PIÑEROS VARGAS
JUEZ**

M.T.

Esta providencia se notifica por anotación en estado electrónico No. 33 hoy 29 de marzo de 2022 a las 8:00 a.m. MARIA FERNANDA GIRALDO MOLANO SECRETARIA
--

Firmado Por:

Constanza Alicia Pineros Vargas
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 038
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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: **42109fd20a4f023793e4bfc5c2a3e2df6bc98f368be7bf54baf882b651c5d30b**

Documento generado en 28/03/2022 03:05:01 PM

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