

Señor

**JUEZ SEXTO (6) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE MEDELLÍN**

E. S. D.

**PROCESO:** VERBAL (RCC)

**JUZGADO DE ORIGEN:** 18 CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN

**DEMANDANTE:** MARÍA CATALINA OLARTE GARZÓN

**DEMANDADA:** COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.

**ASUNTO:** SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN

**RADICADO:** 2020-00886-01

Procedo mediante el presente memorial, en cumplimiento a lo dispuesto por el despacho en auto del 11 de mayo de 2022 y conforme el decreto 806 de 2020, a sustentar ante su despacho el recurso de apelación presentado por escrito en la primera instancia.

Este documento está dividido en tres capítulos. El primero, referente al momento en que se presenta esta sustentación. El segundo sobre los reparos concretos contra la providencia inicial, similares a los entregados ante el a-quo y el último, algunas referencias frente a las observaciones escritas de la sentencia por parte de la demandada.

## **1. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR**

En el auto referido se otorga el término de cinco (5) días hábiles a efectos de sustentar la alzada presentada ante el a-quo. Esta misma providencia establece que tal período se contará una vez el mismo se encuentre ejecutoriado.

Así las cosas y teniendo en cuenta que el término para la firmeza del auto inició el 12 de mayo de 2022, es claro que el plazo para la sustentación vence el 24 de mayo de este año, por lo que este escrito se entrega al despacho en el plazo oportuno.

## **2. REPAROS CONTRA LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

Dado que la sentencia en lo conceptual fue favorable a los intereses de la demandante, el reparo está direccionado hacia un punto exclusivamente, siendo este la cuantía a la cual se condenó a la aseguradora a reconocerle al BANCO CAJA SOCIAL, en razón de la deuda que la señora MARÍA CATALINA OLARTE tenía para con el mismo al momento en que se le diagnosticó su enfermedad.

En el acápite de pretensiones de la demanda, se solicita el pago de \$20'759.167 conforme la póliza 131453 y \$10'000.000 de acuerdo con el valor asegurado de la póliza instrumentada con el número 379724. La sentencia condenó por el primero

de los contratos de seguros referenciados a \$2'056.000 y por el segundo a \$1'000.000 más intereses de mora desde el 23 de junio de 2018, argumentado que estas sumas eran las determinadas en las condiciones que le fueron entregadas a la señora OLARTE GARZÓN.

Consideramos equivocada, en este sentido, la posición de la señora Juez de instancia en la providencia, por las siguientes razones:

El artículo 44 de la ley 45 de 1990 y el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establecen, a más de una colocación de las exclusiones en la primera página de la póliza, que estas, al igual que los amparos básicos, deben figurar con caracteres destacados en el contrato de seguros. Adicionalmente, se estipula en las normas antes referidas y como requisitos de las pólizas, que deben redactarse en forma tal que sean de fácil comprensión para el asegurado, por lo que los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles.

Nótese que el EXTRACTO DE CONDICIONES PARTICULARES (Póliza 131453) y EXTRACTO DE CONDICIONES (Póliza 379724) aportados al proceso, dista mucho de cumplir con los requisitos antes anotados. Las letras o signos allí dispuestos son ilegibles, confusos e incomprensibles y por ende de una dificultad superlativa para su lectura.

Fue este uno de los documentos en las que se basó la señora Juez para emitir la sentencia condenatoria con las cifras antes indicadas.

Si no existe el entendimiento exigido por la ley, es obvio que una cláusula que no se comprende y que limita el valor asegurado, no es posible aplicarla al caso concreto, lo que significa que la condena debe ascender al valor pretendido en la demanda, es decir, a la deuda al momento del siniestro.

Me detengo y frente al mismo reproche, en el tema de las cláusulas ambiguas.

Para tal efecto quisiera traer a colación sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, cuyo radicado es el SC129-2018, proferida el 12 de febrero de 2018 y cuyo magistrado ponente fue el doctor AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO.

La sentencia estableció a folio 21 que existía una incoherencia en la póliza toda vez que consagraba inicialmente que la exclusión relacionada con el embargo del vehículo asegurado sería aplicable a todos los amparos, para más adelante concretar tal exclusión a las coberturas de responsabilidad civil y daños al vehículo.

Por esta razón declaró la cláusula como ambigua.

Afirma el fallo textualmente:

*“Ante esta ambigüedad, lo natural era interpretar el acuerdo de voluntades siguiendo las pautas que por vía de doctrina la Corte ha señalado, según las cuales existen diversas reglas hermenéuticas que atenúan la intención de los contratantes (art. 1618 Código Civil), dando prevalencia, ante la oscuridad de un contrato a las circunstancias que lo rodean. (CSJ SC de 4 nov. 2009, rad. 1998-4175).”*

(...)

*“Específicamente en tratándose de contratos de adhesión, como lo es el de seguros, está la interpretación “pro consumatore” o favorable al consumidor (art. 78 Constitución Nacional); la “contra preferentem” en virtud de la cual las cláusulas*

*ambiguas dictadas por una de las partes debe interpretarse en su contra (art. 1624 ib); la de confianza del adherente, según la cual las disposiciones deben comprenderse en su acepción corriente o habitual desde el punto de vista del destinatario; entre otras (sentencia citada)”*

Más adelante la sentencia establece, en resumen, en aplicación a las reglas de interpretación antes indicadas, las cuales habían sido aceptadas en la sentencia del Tribunal Superior respectivo, que el demandante fue el tomador y asegurado del contrato de seguros, ostentando en consecuencia la calidad de usuario de la empresa de seguros demandada, por lo que la oscuridad del pacto debía interpretarse en favor de aquel y en segundo término porque, se trataba de un contrato de adhesión, ya que el asegurador fue quien redactó la ambigüedad plasmada en algunas cláusulas y por ende el contrato debe interpretarse en su contra.

Las razones que se exponen para solicitar que se declare la ambigüedad de algunas de las cláusulas del contrato, son las siguientes:

1. En referencia al documento denominado EXTRACTO DE CONDICIONES PARTICULARES, póliza que garantiza el crédito hipotecario (Número 131423), por el que se solicita en la demanda la suma de \$20'759.167, este escrito afirma lo siguiente, realizando, sin exageración, un gran esfuerzo para poder tener certeza de lo que expresamente allí se manifiesta.

***“VALOR ASEGURADO PARA ENFERMEDADES GRAVES***

*Esta cobertura cubre lo equivalente al 10% del valor de la deuda, mínimo un millón de pesos y máximo \$5'000.000 de pesos para créditos diferentes a crédito hipotecario y \$7'000.000 si es crédito hipotecario”*

Si se analiza el crédito de consumo en su EXTRACTO DE CONDICIONES, garantizado por la póliza 379724, en lo poco apreciable, este afirma:

***“AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES***

*Si de acuerdo con el plan otorgado usted cuenta con la cobertura, cubre el equivalente al 10% del valor de la deuda mínimo \$1'000.000 y máximo \$5'000.000 para créditos de consumo comercial y microcréditos y mínimo 1'000.000 y máximo \$7'000.000 para créditos de vivienda.”*

Nótese que en la póliza que cubre el crédito hipotecario, se hace referencia sin mayor claridad a \$7'000.000 si la obligación es de esa índole, mientras que las condiciones particulares referentes al crédito de consumo (póliza 379724), si se refieren para préstamos de vivienda a un mínimo de \$1'000.000 y un máximo de \$7'000.000. Lo que se desea significar con lo anterior es que la póliza referenciada con el préstamo hipotecario dista mucho de ser clara, pues pareciera indicar que para créditos de vivienda lo que se pagan son \$7'000.000, situación que se aclaró en el extracto de condiciones de los créditos de consumo (póliza 379724), en lo poco que se puede leer de este, referente a los mínimos y máximos de este tipo de préstamo.

Dicho de manera diferente. La obligación respaldada por la póliza 131423 en cuanto a las condiciones particulares allegadas, indica que en los créditos de vivienda se paga la suma de \$7'000.000, situación que se aclara en el extracto referido al crédito de consumo, póliza 379724.

Así las cosas y en caso de que el señor Juez no acoja totalmente la petición realizada en la demanda, solicito que para la póliza 131423, se condene a

la demandada al pago de \$7'000.000 más intereses de mora, dado que se trata de una cláusula ambigua, por la posibilidad de ser interpretada de varias formas

2. Con el traslado de excepciones de mérito se allegó un documento que no fue objetado y que se extrajo de la página web de la aseguradora. Dicho escrito manifiesta lo siguiente:

*“Seguro de Vida. Desde que decide comprar su vivienda, el BANCO CAJA SOCIAL está con usted... este seguro de vida una protección que adquieren los deudores de crédito hipotecario contra los riesgos de muerte, incapacidad total y permanente y demás riesgos previstos en la póliza. Cubre el 100% del saldo de la deuda”* (Subrayado fuera de texto)

En la parte baja de dicho escrito se hace referencia expresa a la cobertura de ENFERMEDADES GRAVES. Significa lo anterior que en la publicidad de la página web de la demandada se establece el pago para el amparo, entre otros, de ENFERMEDADES GRAVES, con un cubrimiento del 100% del saldo de la deuda, es decir, la suma pretendida, por lo menos para el crédito hipotecario. Es más, el escrito agrega que, si se aseguran dos personas, la cobertura es del 100% para cada una de ellas.

No se puede aceptar entonces que una sea la publicidad en la que se promete un valor asegurado, pero cuando el seguro se concreta, se apliquen condiciones incomprensibles con una indemnización 90% menor a la dispuesta en dicha pauta publicitaria.

3. Volviendo al documento llamado EXTRACTO DE CONDICIONES PARTICULARES, frente a lo allí manifestado en cuanto al tema de enfermedades graves (Columna 1), se indica:

*“La indemnización podrá ser abonada al crédito según decisión del Banco. Esta indemnización no constituye un menor valor de la indemnización de la cobertura de vida o de incapacidad total y permanente”* (Resaltado fuera de texto original)

Afirma el propio texto de las condiciones que la indemnización que se ha de pagar por el amparo de enfermedades graves, el que sin lugar a dudas se afectó en esta póliza por el cáncer (linfoma B de célula grande) sufrido por la accionante, no podrá ser inferior al que se hubiese pagado en caso de que la cobertura afectada fuese la de vida o la de incapacidad total o permanente, la que ya sabemos y así se repitió incluso en la propia sentencia, es el valor de la deuda al momento del siniestro, o sea, a marzo del año 2018. Significa lo anterior que, dentro del propio texto de los escritos contentivos del negocio asegurativo, se puede apreciar que existen diversos valores asegurados, uno el de la cuantía total de la deuda al momento del siniestro, otro el 10% de dicha cuantía con un mínimo de un millón de pesos, el cual fue el escogido en la providencia cuyo recurso de alzada se intenta y otro, el dispuesto, tal cual se informó anteladamente, para el crédito de vida, donde se entiende que se paga una suma estándar de \$7'000.000.

4. Como si lo anterior fuese poco, si bien informan en las condiciones especiales de ambos seguros contratados sobre VALOR ASEGURADO PARA ENFERMEDADES GRAVES (Con las diferencias en redacción ya anotadas) que se pagará, en términos generales, el 10%, mínimo un millón de pesos para esta emparo, en la CONDICIÓN VIGESIMA PRIMERA, esta de las condiciones generales que sirven a ambas pólizas, se indica que en

caso de siniestro (sin especificar de qué amparo), la suma asegurada contratada será conforme el literal A, hasta el saldo insoluto de la deuda, expresión que significa que no puede ser superior, sin que su comprensión sea tal como lo dijo la demandada y aceptó la sentencia, que esa expresión “hasta” da lugar a pagar lo condenado, es decir, el 10% de la deuda, mínimo un millón de pesos, porque si así fuese, así se hubiese mencionado expresamente en la cláusula, tal como lo hace en otros apartes del escrito y no se hizo.

Lo que deseo significar es que no se entiende la razón por la cual el mismo contrato de seguros limita en general a un valor asegurado del 10% del valor de la deuda, cuando la redacción del mismo acuerdo establece en forma tajante y concreta que se ha de pagar al beneficiario hasta el saldo insoluto de la deuda, agregando que si existen remanentes estos se les entregarán a los beneficiarios gratuitos o los legales cuando no se designe beneficiario. Nótese que esta cláusula no está direccionada a ningún amparo en especial, lo que significa aplica igualmente para la cobertura de enfermedades graves.

Significa lo anterior que un mismo contrato de seguros, en caso tal de que este fuese válido a pesar de su incompreensión, establece cuantías diferentes para una misma prestación.

¿Cuál cláusula deberá aplicar el señor juez?

Para responder, hago referencia a sentencia del Tribunal Superior de Medellín, Sala Civil, el 15 de octubre del 2015, con ponencia del doctor RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ:

*“Por ende, si bien el contrato de seguros es consensual, su celebración se caracteriza por ser de adhesión, interviniendo de una parte un profesional experto en la materia, que generalmente ostenta una posición de superioridad frente a quien pueda denominarse ingenuo o sin conocimientos que lo califiquen dentro de una relación contractual, compeliéndole a la aseguradora el cumplimiento de las cargas de lealtad y buena fe en la celebración del negocio jurídico, poniendo a disposición, tanto del tomador como del asegurado y de los beneficiarios, al momento de celebrarse el contrato, toda la información del acuerdo, dotándolo de claridad y precisión, evitando la redacción de cláusulas ambiguas que abran la puerta a interpretaciones divergentes y a la generación de concepciones erróneas en cabeza de los demás intervinientes en el contrato.” (Subrayas propias)*

La solución propuesta es la aplicación del artículo 1624 del Código Civil o el 34 del Estatuto del Consumidor que informa:

*“Interpretación favorable. Las condiciones generales de los contratos serán interpretadas de la manera más favorable al consumidor. En caso de duda, prevalecerán las cláusulas más favorables al consumidor sobre aquellas que no lo sean.”*

Por último, quisiera traer a colocación otro aspecto, siendo este la falta de concatenación entre las condiciones generales y particulares. Ya sabemos que las generales regulan ambos seguros. En cuanto a la póliza 131453 (Sobre crédito hipotecario), en su parte baja, en forma bastante ilegible, aparece la nota técnica que la vincula a las generales, lo que no puede predicarse de las condiciones especiales del seguro que recae sobre el crédito de consumo (Póliza 379724), violentando el contenido del artículo artículo 1049 del Código de Comercio (Los anexos deben indicar la identidad precisa de la póliza a que acceden).

Transcribiré parcialmente dos de las muchas sentencias que se refieren al tema:

- Sentencia del 15 de octubre de 2015 del Tribunal Superior de Medellín, cuyo ponente fue el doctor RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ, con radicado 2010-00506-01, con Juzgado inicial el Tercero Civil del Circuito de Oralidad de Medellín y donde fue demandada ALICO COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. Sobre el tema manifiesta:

*“Dentro del término de traslado de la demanda, la aseguradora aportó el clausulado completo de la póliza de seguros de accidentes personales contributivo, folio 53 a 66, con el código número 1502006-1413-P-31-APBANCA. En su contenido se encuentran las condiciones relacionadas con los amparos básicos, las exclusiones, las deducciones y limitaciones, las definiciones, el contrato, entre otras. No obstante, no se pormenoriza, en su interior, los datos propios del contrato de seguros al que venimos haciendo referencia, la identificación de sus partes intervinientes, los amparos, las exclusiones, los montos asegurados, la vigencia del contrato y la prima que debe sufragarse.”*

*“Así, no puede verificarse, que tal clausulado corresponde al seguro de vida que es objeto del presente proceso. “*

*(...)*

*“De esta forma, el único documento que da cuenta de los elementos esenciales del contrato y de los datos precisos del mismo, es el certificado obrante a folios 11 del cuaderno 1, en el cual no constan ni las exclusiones particulares que justificaron la objeción realizada por la aseguradora ante la reclamación realizada por la beneficiaria, dada la ocurrencia del siniestro, consistente en la muerte de su conyugue que fungía como asegurado, siendo forzoso extender, la remisión de tal documento a aquel en donde constan las condiciones generales, **ante la falta de identidad y correspondencia entre ellos.** (negrilla para resaltar el texto).*

- Sentencia de tutela de la Corte Suprema de Justicia, con número STC17390-2017 que sobre este tema afirma:

*“Con relación a la valoración material del documento contentivo de las exclusiones, el juzgador de segunda instancia pasó por alto que en la primera página de la póliza se señaló que “**hacen parte de la presente póliza las condiciones generales contentivas en la forma 10/06/2015-1329-P-02-EAU001A” folio 71. Sin embargo la aseguradora mencionada allegó al proceso las cláusulas contentivas en un formato diferente, identificado con el número 26/03/2010-1329-P-02-EAU001A (folio 72 y ss); por lo que ni siquiera logró demostrar la existencia material del documento que la aseguradora pretendió hacer valer como prueba de la exclusión que adujo como sustento de sus excepciones.**”*

*“Al no haber prueba de las supuestas exclusiones en las que la aseguradora pretendió fundar la ausencia de su obligación contractual respecto al pago de los perjuicios sufridos por el asegurado con ocasión de su responsabilidad extracontractual, no existió ninguna razón para declarar la prosperidad de aquella excepción, por lo que la limitación de su obligación al pago de los perjuicios patrimoniales que sufrieron las víctimas careció de sustento legal.”*

### **3. ARGUMENTACIÓN PRESENTADA POR LA ASEGURADORA DEMANDADA**

En términos generales, lo manifestado por la COMPAÑÍA DE SEGUROS COLMENA S.A. a efectos de respaldar el recurso de apelación presentado contra la sentencia, es lo siguiente.

Habla en primer término de que la acción contra el asegurador por parte de la

demandante se encontraba prescrita. Para lo anterior argumenta que el artículo 94 del Código General del Proceso no es aplicable al contrato de seguros y para ello, además de la transcripción de algunas sentencias de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, manifiesta que la intención del legislador no fue la de interrumpir la prescripción con la reclamación, pues utilizó en la norma mencionada expresiones como REQUERIMIENTO, DEUDOR y ACREEDOR, palabras propias de procesos ejecutivos.

En relación con lo dicho, se trata de una simple interpretación que realiza la apoderada de la demandada, pues siguiendo su misma línea, podría llegarse a una conclusión contraria, es decir, que, si el legislador hubiese querido excluir de las consecuencias de esta norma al negocio asegurativo, expresamente lo hubiese manifestado.

Es que señor Juez, las palabras antes indicadas que para la aseguradora son extrañas al contrato de seguros, en realidad se amoldan al mismo toda vez que REQUERIMIENTO puede asimilarse perfectamente a RECLAMACIÓN. Y los vocablos DEUDOR a compañía de seguros y ACREEDOR a asegurado o beneficiario. Aplicar el inciso cuarto del artículo 94 de la codificación referida al proceso ejecutivo, en el caso del contrato de seguros, previsto en el artículo 1053 del Código de Comercio, es hilar demasiado delgado, toda vez que, igualmente podríamos argumentar que allí tampoco es válido porque no existe una sentencia judicial ejecutoriada que así lo defina. Es más, a un proceso ejecutivo normal, tampoco podría aplicársele la norma de marras dado que, si el demandado propone excepciones, con el argumento de la parte aquí demandada, se estaría desdibujando su calidad de deudor y por ende igualmente la del acreedor accionante.

Tal como se manifestó en el alegato de conclusión, nuestro Tribunal Superior de Medellín admite expresamente que en el contrato de seguros cabe la figura de la interrupción de la prescripción por la reclamación realizada. Se trató de un proceso promovido por CORMUNDO LTDA. contra SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., proveniente del Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad de Medellín y con radicado 2015-00687. En el mismo la ponente fue la doctora MARHA CECILIA OSPINA PATIÑO y en su sentencia de segunda instancia, proferida el 9 de mayo de 2017, manifestó expresamente sobre el tema lo siguiente en el minuto 33:40:

*“Ahora, es claro que para esta corporación que dicho fenómeno extintivo fue interrumpido el día 23 de enero de 2013, folio 28, por la presentación de la reclamación que efectuó la beneficiaria del contrato de seguros antes señalado ante la aseguradora aquí demandada, tal como da fe de ello el documento obrante a folio 28 del plenario, en donde se puso en conocimiento de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. la ocurrencia del siniestro amparado en la póliza 0766247-1 y se le solicitó ejecutar la diligencia pertinente para obtener la indemnización del caso. Lo anterior con fundamento en el artículo 94 del Código General del Proceso plenamente aplicable al presente asunto (...) y como se dejó reseñado, el beneficiario del contrato de seguros acreedor, efectuó requerimiento de pago de la indemnización a su aseguradora deudora de manera escrita y por ende hay lugar a la aplicación de la consecuencia jurídica prevista en la norma ínsita pues no es otra que la interrupción del conteo del término de prescripción. “*

A renglón seguido, la magistrada ponente reseñada, se dedica a leer apartes del libro del doctor HERNÁN FABIO LOPEZ BLANCO sobre el tema, quien acepta expresamente que el inciso 4° del artículo 94 del Código General del Proceso es perfectamente aplicable al contrato de seguros.

Afirma sobre el tema el tratadista lo siguiente, en su libro COMENTARIOS AL

CONTRATO DE SEGUROS, 7º EDICIÓN, DUPRE EDITORES, 2022, páginas 577 y siguientes:

*“Empero, el inciso final del art. 94 de CGP dispone que:” el término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.” Norma que tiene unas destacadas implicaciones en el campo del derecho privado y repercute notoriamente en el contrato de seguro. En efecto, el inciso final del art. 94 consagra con características generales, es decir, para cobijar toda clase de términos de prescripción extintiva que se interrumpe el término que esté corriendo por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor.”*

(...)

*“Aplicadas las directrices generales anteriores al contrato de seguro, se tiene que al ser presentada una reclamación bajo los parámetros del art. 1077 del C. de. Co., sin duda la misma constituye el requerimiento de que trata el art. 94 del CGP para efectos de interrumpir el término de prescripción que estuviere corriendo (...)”*

De acuerdo con el doctor LÓPEZ BLANCO en los reglones siguientes a su disertación sobre el tema, si bien la reclamación interrumpe la prescripción, es necesario que esta cumpla con los parámetros del inciso primero del artículo 1077 del Estatuto Mercantil. En nuestro caso, tal situación se presenta porque la reclamación que se afirma en el hecho quinto fue presentada por la demandante, se contesta en la réplica como que ES CIERTO. De hecho, nunca se ha discutido en el proceso si se presentó o no dicho reclamo. Como se dijo, se dio por cierto, lo que se analiza es si esta reclamación interrumpe o no el término prescriptivo

En cuanto a las sentencias de la Corte Suprema de Justicia mencionadas en el recurso de la demandada, debo realizar los siguientes comentarios.

En relación con la SC-1947 de 2021, es de una claridad meridiana, lo que se confirma con el propio texto trasladado, que el contenido de la misma se refiere al momento en que se considera que un asegurador entra en mora en relación al pago de intereses de esta índole, sin que, ni por asomo, se refiera al término de prescripción.

En cuanto a la otra sentencia, la SC-4904 de 2021, la cual repite en dos oportunidades, es necesario afirmar que, si bien hace referencia a la prescripción del acuerdo de seguros, analizada en su integridad, se puede observar en forma diáfana que allí nunca se discutió la aplicabilidad del artículo 94 del Código General del Proceso dentro del contrato de seguros frente a su interrupción.

Al ser el recurso de casación un trámite bastante complejo, era necesario, para que la Corte Suprema se refiriera al tema que nos atañe, que la demanda respectiva se hubiese referido a la reclamación como interruptora del contrato de seguros, pero tal situación no sucedió. Dicho en otras palabras, al ser la labor de la Sala de Casación Civil absolutamente rogada, es de una lógica jurídica absoluta que el magistrado sustanciador y su correspondiente Sala, en nada y para nada se referirán a un tema que no fue tratado en la demanda de casación y ni siquiera, posiblemente, en el trámite del proceso.

En cuanto a la reticencia alegada, se dice que está totalmente probado que la señora MARÍA CATALINA OLARTE padecía de enfermedad ARTRITIS REMATOIDEA con antelación al aseguramiento. Igualmente se afirma que la labor probatoria por parte de la aseguradora demandada fue exhaustiva.

Debo decir que es cierto que la apoderada de la demandada se esmeró en aportar

pruebas con el fin de enervar las pretensiones, pero es claro que nunca hace referencia en este documento a que la prescripción que corre en contra del asegurador para promover un proceso mediante el cual se buscase la nulidad relativa del contrato de seguros por la reticencia alegada, se consolidó.

Es que no interesa a estas alturas del debate si mi mandante informó o no de la dolencia que la aquejaba y si la misma tiene un nexo de causalidad con la enfermedad grave, con cobertura en el contrato de seguros, LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE (tema del que más adelante me referiré). Lo que importa en el proceso es si aquella acción, donde la aseguradora podría proponer todo lo que aquí argumenta en cuanto al contenido de artículo 1058 del Código de Comercio, se encuentra o no prescrita, siendo la respuesta positiva, por las razones que fueron expresadas tanto en el documento sobre excepciones de fondo como en el alegato de conclusión.

El tema faltante es el del nexo causal entre la enfermedad omitida ARTRITIS REMATOIDEA y la sufrida en el desarrollo del contrato por la demandante LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE.

La tesis que existía para la jurisdicción ordinaria era básicamente que no era indispensable que la afección sobre la cual se dio la reticencia, fuese la desencadenante de aquella que generó el siniestro.

Pero es que, si el pensamiento inicial no estuviese modificándose por las sentencias de la Corte Constitucional, es decir, la inexistencia de una relación vinculante entre lo omitido y la causa del siniestro, lo cierto es que el tema del nexo causal lo propuso la aseguradora en comunicación enviada al suscrito.

Es muy enfática la doctora CAROLINA GÓMEZ en informar que el médico que labora al servicio de la aseguradora, doctor JUAN PABLO MERIZALDE, estableció un nexo causal entre ambas enfermedades. Sobre esta afirmación es necesario realizar tres comentarios.

4. El propio galeno informó que era médico general, por lo que el argumentado concepto médico especializado, no es tal.
5. El segundo punto tiene que ver con sendas certificaciones médicas que se allegaron al expediente y no fueron tachadas. Son de los médicos DANIEL ANDRÉS SANTA BOTERO (hematooncólogo) y DANIEL JARAMILLO ARROYAVE (medicina interna-reumatología) que expresamente afirman, estos sí como especialistas, que la enfermedad de **linfoma B difuso de célula grande**, no está relacionada con la **artritis reumatoidea**.
6. En tercer término, la aseguradora, en comunicación del 20 de septiembre de 2019 dirigida a este abogado afirmó lo siguiente:

*“Para su tratamiento (El de la ARTRITIS REUMATOIDE) se usan agentes inmunosupresores, es decir, que suprimen el sistema inmune, el de las defensas, por lo tanto al bajar las defensas el organismo, se hace susceptible a enfermedades e infecciones, incluido el Linfoma”*

Nótese que, para la aseguradora, por lo menos en este escrito y a diferencia de lo dicho por su médico, no es que exista relación causal entre ambas enfermedades, sino que lo que se presenta es que, los medicamentos necesarios para tratar la enfermedad, son los que, al bajar las defensas, pueden producir el linfoma.

Conforme lo dicho, solicito al señor juez ad-quem, CONFIRMAR la sentencia en cuanto al establecimiento de la responsabilidad contractual de la demandada y REVOCARLA, en el sentido de condenar a las sumas e intereses solicitados en la demanda.

Cordialmente,

**JOSÉ GABRIEL CALLE CAMPUZANO**  
T.P. 58219 del Consejo Superior de la Judicatura

**RV: Sustentación recurso de apelación COLMENA Dte: MARIA CATALINA OLARTE GARZON Rad. 05001 40 03 0018 2020 00886 01**

Juzgado 06 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto06me@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 19/05/2022 14:48

Para: Camilo Alexander Bustamante Carvajal <cbustamc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (791 KB)

Sustentación recurso de apelación MARIA CATALINA OLARTE GARZON digital.pdf;

**18-2020-00886-01**

---

**De:** Carolina Gomez <carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co>

**Enviado:** jueves, 19 de mayo de 2022 14:21

**Para:** Juzgado 06 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto06me@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Cc:** callec@une.net.co <callec@une.net.co>; Ricardo Ossa <ricardo.ossa@gomezgonzalezabogados.com.co>

**Asunto:** Sustentación recurso de apelación COLMENA Dte: MARIA CATALINA OLARTE GARZON Rad. 05001 40 03 0018 2020 00886 01

Pereira, 19 de mayo de 2022

Señor Juez

**Dr. MAURICIO ECHEVERRY RODRIGUEZ**

Juzgado Sexto Civil del Circuito de Medellín – Ant.

E.S.D.

**PROCESO:** VERBAL  
**DEMANDANTE:** MARIA CATALINA OLARTE GARZON  
**DEMANDADOS:** COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. y otro  
**RADICADO:** 05001 40 03 0018 2020 00886 01  
**ASUNTO:** **SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN**

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en

calidad de apoderada judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.**, con todo respeto me permito sustentar en esta instancia el recurso de apelación que fue admitido mediante auto del 11 de mayo de 2022 notificado por estados del 12 del mismo mes y año.

Adjunto memorial en 7 folios.

Por favor confirmar recibido.

Agradezco la atención y colaboración prestadas.

Cordialmente,

Carolina Gómez González

Abogada

Calle 15 No. 13-110 C.C Pereira Plaza Local 232 – Nivel 2

Tel: (6) 3272873 Cel: 310-4975229, 313-4061051, 313-3974562

Pereira – Risaralda



Señor Juez  
**Dr. MAURICIO ECHEVERRY RODRIGUEZ**  
Juzgado Sexto Civil del Circuito de Medellín – Ant.  
E.S.D.

**PROCESO:** VERBAL  
**DEMANDANTE:** MARIA CATALINA OLARTE GARZON  
**DEMANDADOS:** COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. y otro  
**RADICADO:** 05001 40 03 0018 2020 00886 01  
**ASUNTO:** **SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN**

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.**, con todo respeto me permito sustentar en esta instancia el recurso de apelación que fue admitido mediante auto del 11 de mayo de 2022 notificado por estados del 12 del mismo mes y año, en los siguientes argumentos:

➤ **DE LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO PARA LA DEMANDANTE**

- Como se indicó al momento de contestar la demanda, presentar los alegatos de conclusión y los reparos frente a la sentencia, consideramos, contrario a lo establecido por la señora Juez de primera instancia, que la prescripción si operó, y que la demanda fue presentada por fuera de termino, debiendo haber sido declarado así en sentencia.
- El fenómeno de la prescripción no está ligado a criterios subjetivos, para que cada parte según su interés los interprete u aplique, sino que la prescripción está sujeta a situaciones objetivas que determinan o no su materialización con el objeto de brindar seguridad jurídica.

En lo que tiene que ver con el contrato de seguro, la norma que regula la prescripción es el artículo 1081 del Código de Comercio, norma que sea dicho de paso es de carácter imperativo (es decir que no puede pactarse en contrario o ser modificada por la voluntad de las partes) y que a la letra dice:

*ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

*La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.*

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.*

De lo anterior entonces, podemos colegir sin duda alguna en este caso que el término de prescripción aplicable es el de la denominada “prescripción ordinaria” que es de dos años contado a partir del diagnóstico de las patologías que motivaron la reclamación (LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE), esto es desde el 27 de marzo de 2018, momento en el que la demandante conoció sus patologías, tal como lo acepta en el hecho “4” de la demanda, que es en este caso el hecho que da base a la acción, corriendo hasta el 27 de marzo de 2020.



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

Indicó la señora Juez, que a su juicio, la reclamación presentada por la demandante había interrumpido el termino, y además que la suspensión de términos con ocasión de la pandemia del Covid se extendió en el Municipio de Medellín más que en otras zonas del país.

Al respecto, debemos indicar, que consideramos que no le asistió razón al Despacho de primera instancia al considerar que la reclamación tiene los efectos de interrumpir el termino prescriptivo, pues aplicó de forma extensiva una norma general, que se refiere a “deudor” y a un “acreedor” a un contrato donde existe norma expresa que regula no solo la prescripción, sino también las calidades que tienen cada uno de los intervinientes en el mismo, no surgiendo obligación alguna para el asegurador, hasta que no se dan los presupuestos condicionales de la misma.

Si la intención del legislador hubiera sido la de permitir la interrupción de la prescripción con la reclamación, así lo hubiera dicho, y no se hubiera limitado a utilizar la palabra “requerimiento”, ni tampoco se hubiera referido a “deudor” y “acreedor”, que son términos propios de los procesos y acciones ejecutivas, sino que simplemente hubiera utilizado términos genéricos o distintos.

Además, se indicó en la sentencia de primera instancia que la sentencia SC - 1947 de 2021 se refería a aspectos distintos al tratado en el proceso del asunto y que por lo tanto, no podía hacerse extensivo el análisis realizado en dicha sentencia al caso de marras, lo cual consideramos no corresponde con la realidad, pues si bien la sentencia que se citó como fundamento trata un seguro de responsabilidad civil, lo cierto es que finalmente hace referencia a normas que se encuentran contenidas dentro de los principios comunes del contrato de seguro, sin distinguir o limitar su aplicación a los seguro de daños o de vida, por lo que la rectificación jurisprudencia contenida en dicha sentencia si es de aplicación al caso en concreto, veamos:

*“Fuera de lo anterior, hay que insistir en que la constitución en mora, según la transcrita previsión del artículo 1608 del Código Civil, debe estar expresamente prevista en las normas positivas, sin que en materia de seguros haya una que imponga la satisfacción de tal formalidad en el supuesto de que el asegurador no pague la prestación a su cargo, lo que descarta la aplicabilidad de las normas en precedencia especificadas.*

**Estimar que con la notificación del auto admisorio de la demanda en la que se reclama a la aseguradora la indemnización a su cargo, sobreviene la mora de esta última, como cuestión automática, comporta en un buen número de casos, anticipar indebidamente el momento en que ello tiene ocurrencia, pues como ya se analizó, la demostración del siniestro y de la cuantía de la pérdida puede ser resultado de la actividad probatoria cumplida en el proceso, incluso, en segunda instancia, comprobaciones que son necesarias para computar el mes previsto en el artículo 1080 del estatuto mercantil, cuyo vencimiento fija la mora del asegurador y, por ende, el momento desde el cual éste queda obligado al pago de intereses de tal linaje”.**

- De igual forma en otra muy reciente sentencia donde precisamente se analizó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de vida, SC4904-2021 Radicación N° 66001-31-03-003-2017-00133-01 M.P. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE del 4 de noviembre de 2021, que respecto al termino de prescripción aplicable indicó:

*“Respecto al extremo temporal a partir del cual despunta el término extintivo, especial referencia merece la hermenéutica de las locuciones previstas por el legislador en el **artículo 1081 del Código de Comercio, concernientes a tener «conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento que nace el respectivo derecho», que, según lo ha precisado esta Sala, no tienen ninguna diferencia sustancial más allá de su redacción, sino que corresponden a una misma idea,** y así lo expuso desde la paradigmática SC 07 jul. 1977, y lo siguió reiterando en sus posteriores pronunciamientos, como por ejemplo, en CSJ SC 12 feb. 2007, exp. 1999-00749-01, en la que reiteró la SC 3 may. 2000, exp. 5360, al puntualizar,*

[L]as expresiones “tener conocimiento del hecho que da base a la acción” y ‘desde el momento en que nace el respectivo derecho’ (utilizadas en su orden por los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del C. de Co.) comportan ‘una misma idea’, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’ ”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad<sup>3</sup>, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria (...).

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.

(...)

Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria, como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.

También, se observa, como en reciente sentencia proferida por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, donde se trató precisamente la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, ninguna anotación, análisis o discusión se realizó respecto de los supuestos efectos de la reclamación, de hecho la Corte, a pesar de indicarse que se presentó reclamación por parte de quienes tenían la calidad de demandante frente a la aseguradora, contabilizan el término prescriptivo desde el momento en el que tuvieron conocimiento del hecho que da base a la acción, para terminar precisamente declarando la ocurrencia de dicho fenómeno:

Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia SC4904-2021 Radicación N° 66001-31-03-003-2017-00133-01 M.P. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE del 4 de noviembre de 2021:

“Respecto al extremo temporal a partir del cual despunta el término extintivo, especial referencia merece la hermenéutica de las locuciones previstas por el legislador en el artículo 1081 del Código de Comercio, concernientes a tener «conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el



GÓMEZ GONZÁLEZ  
A B O G A D O S

**momento que nace el respectivo derecho», que, según lo ha precisado esta Sala, no tienen ninguna diferencia sustancial más allá de su redacción, sino que corresponden a una misma idea, y así lo expuso desde la paradigmática SC 07 jul. 1977, y lo siguió reiterando en sus posteriores pronunciamientos, como por ejemplo, en CSJ SC 12 feb. 2007, exp. 1999-00749-01, en la que reiteró la SC 3 may. 2000, exp. 5360, al puntualizar,**

**[L]as expresiones “tener conocimiento del hecho que da base a la acción’ y ‘desde el momento en que nace el respectivo derecho’ (utilizadas en su orden por los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del C. de Co.) comportan ‘una misma idea’, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’ ”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad<sup>3</sup>, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria (...).**

**En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.**

(...)

**Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria, como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.** (Negrilla y subraya fuera de texto original).

Por lo tanto, no existe duda que el termino prescriptivo para al demandante, inició a correr desde el día 27 de marzo de 2018, que fue cuando tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción, habiéndose suspendido por la solicitud a audiencia de conciliación prejudicial, pero sin haberse interrumpido, por cuanto para cuando se presentó la demanda el mismo ya había fenecido.



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

Lo anterior, por cuanto si bien en la ciudad de Medellín se extendió aun más la suspensión de términos por Covid, esto es, por 32 días más, el mes de gracia adicional con el que contaba la demandante para suspender o interrumpir el termino feneció el día 30 de agosto de 2020, pues las subsiguientes suspensiones no fueron ininterrumpidas:

- Suspensión de términos de prescripción con ocasión de la Pandemia a causa del Covid-19: del 16 de marzo de 2020 al 3 de julio de 2020. Decreto 564 de 2020 y Acuerdo CSJANTA20-M01 del 29 de junio de 2020.
- Nueva suspensión de términos por Pandemia: del 13 al 26 de julio de 2020. Acuerdo No. CSJANTA20-80 del 12 de julio de 2020.
- Suspensión de términos judiciales por motivo de cuarentena obligatoria, del 31 de julio de 2020 hasta el 03 de agosto de 2020. Acuerdo No. CSJANTA20-87 del 30 de julio de 2020.
- Suspensión de términos judiciales por motivo de cuarentena obligatoria, desde el día 07 de agosto de 2020, hasta el día 10 de agosto de 2020. Acuerdo No. CSJANTA20-87 del 30 de julio de 2020

➤ **DE LA RETICENCIA DE LA DEMANDANTE Y LA PREEXISTENCIA DE LA PATOLOGIA NO DECLARADA**

- Quedó probado con suficiencia que la demandante incurrió en reticencia e inexactitud al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad para la suscripción de los contratos de seguro de Vida los días 21 de julio de 2015 y 18 de diciembre de 2017, pues omitió declarar, a pesar de conocer sobre su diagnóstico por ser anteriores a dicha fecha, lo que además implica que operó una de las exclusiones de la póliza, pues se trató de patologías preexistentes.

El diagnostico omitido intencionalmente por la señora OLARTE GARZON no fue cualquier patología, sino una autoinmune que afectaba gravemente su vida, denominada ARTRITIS REUMATOIDE.

- Derivado de la anterior patología, le fue diagnosticado un LINFOMA B DIFUSO DE CELULA GRANDE, que dio lugar a la reclamación del amparo adicional de enfermedades graves de las pólizas objeto de controversia, lo cual se probó mediante testigo técnico, el Dr. Juan Pablo Merizalde, a quien la señora Juez de primera instancia no le dio credibilidad sin existir elementos técnicos que funden su decisión, ni le permitió aportar los soportes documentales de sus dichos en virtud de lo requerido por ella, existiendo norma que así expresamente lo permite<sup>1</sup>, fundando en su propio error las razones que la llevaron a no darle credibilidad, mas cuando la prueba no fue decretada como dictamen pericial sino como testimonial y el concepto mismo como prueba documental, por lo que no podía exigirse ya en sede de sentencia el cumplimiento de los requisitos del art. 226 del CGP, cuando la prueba no fue ni solicitada ni decretada como dictamen.
- Asimismo, y derivado de la exhaustiva actividad probatoria emprendida por mi representada dentro del proceso judicial, probó, sin tener que hacerlo en los términos del art. 1058 del Co. De Co., mediante concepto médico especializado, el nexo de causalidad entre las patologías diagnosticadas no declaradas y el LINFOMA B DIFUSO DE CELULA GRANDE.
- Se probó además, con dicha prueba técnica (testimonio del Dr. Juan Pablo Merizalde), que en caso de haber conocido la Compañía del real estado de salud de la señora OLARTE GARZON al momento de suscribir las pólizas, se hubiera retraído de contratar o de otorgar cualquier amparo de la póliza, por cuanto eran circunstancias “relevantes” configurándose así la nulidad

---

<sup>1</sup> Numeral 6 del art. 221 del CGP.



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O G A D O S

relativa del contrato por la reticencia en la que incurrió la asegurada, quedando demostrado que obró de mala fe, pues conocía de su estado de salud, ya que como se acreditó dentro proceso, y como se observa en la prueba documental, incluso días antes de suscribir la póliza, había recibido atenciones médicas, y hasta había presentado una acción de tutela para que le fueron entregados medicamentos.

- Debe además advertirse, que no le correspondía a mi representada solicitar exámenes previos al ingreso en la póliza de la demandante, toda vez que el art. 1158 del Co. De Co. Norma vigente y aplicable de forma especial a los contratos de seguro de vida, debiendo creer en la declaración de buen estado de salud dada por la hoy demandante, pues era ella además quien podía conocer de sus padecimientos de salud y decidió de forma dolosa ocultarlos.

Es claro también, que mi representada no tuvo una actitud “pasiva” respecto de la declaración de asegurabilidad que suscribió la señora OLARTE GARZON, pues primero dispuso un cuestionario pormenorizado y preciso para que fuera diligenciado por ella, y segundo frente a respuestas todas negativas y tratándose de una adulta joven, no tenía porque “sospechar” ni “desconfiar” de lo que estaba declarando, que la llevaran a considerar la necesidad de “ahondar” más en su estado de salud, al punto de exigir por ejemplo exámenes previos, los cuales no hubieran permitido detectar las patologías que no fueron declaradas. Situación muy distinta hubiera acontecido, si la asegurada, por lo menos en la pregunta abierta que le fue realizada en el cuestionario, hubiera manifestado o contado sobre las visitas a su medico o los medicamentos que consumía, y mi representada no hubiera hecho nada al respecto, como intentar cuestionar mas sobre el estado de salud o hasta solicitar exámenes, pero esto no sucedió, la demandante afirmó gozar de buena salud y no tener ninguna alteración física, por lo que no puede considerarse que COLMENA faltó a su deber como profesional en el aseguramiento.

De hecho, sobre este punto, en reciente sentencia de la Sala Civil del Corte Suprema de Justicia<sup>2</sup>, se indicó lo siguiente:

*“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”.*

Es claro, de la lectura del art. 1158 del Co. De Co., que la ausencia de exigencia de examen médico por parte del asegurador, no releva al asegurado de efectuar una declaración sincera de su estado de riesgo, y permitir lo contrario implica avalar actuaciones de mala fe como las desplegadas por la señora OLARTE GARZON cuando decidió tomar un seguro y contestar de forma negativa a la declaración de asegurabilidad, viciando el consentimiento del asegurador induciéndolo a error:

**ARTÍCULO 1158. <PRESCINDENCIA DE EXAMEN MEDICO Y DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO>. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el**

<sup>2</sup> Sentencia del 1 de septiembre de 2021 SC3791-2021, M.P. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.



GÓMEZ GONZÁLEZ  
A B O G A D O S

artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar. (Negrilla subraya fuera de texto original).

Resulta desproporcionado a todas luces, que se traslade a las Compañías aseguradoras una carga que la que la misma Ley, en este caso una norma especial aplicable al contrato de seguro, le quitó; y es que la norma expresamente lo establece, no se llega a esa conclusión por interpretación, sino que el artículo desde su literalidad lo dice, que aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones del art. 1058, por lo que no se puede en virtud de decisiones judiciales que no se dan en el marco de una acción Constitucional, inaplicar una norma que hace parte de nuestro sistema normativo y que se encuentra en plena vigencia, y que por lo tanto debe aplicarse.

#### SOLICITUD:

Respetuosamente le solicito al Honorable Juez Revocar la sentencia proferida el día 4 de abril de 2022 por la señora Juez Dieciocho Civil Municipal de Medellín, y por lo tanto exonerar de toda responsabilidad a la **COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.**

#### NOTIFICACIONES

Estaré presta a recibir comunicaciones en la Secretaría del Juzgado o en la Calle 15 13-110 C.C Pereira Plaza Local 232 – Nivel 2 de Pereira, Tel. 310 – 497 5229. Correo electrónico: [carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co](mailto:carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co)

Atentamente,

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**

C.C. 1.088.243.926 de Pereira, Risaralda.

T.P. 189.527 Consejo Superior de la Judicatura.