



Bucaramanga(S), tres (03) de febrero del dos mil veintiuno (2021)

SENTENCIA	SEGUNDA INSTANCIA.
RADICADO	68001.40.03.014.2018-00481-01
PROCESO	DECLARATIVO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL - SEGUROS
DEMANDANTE	ALIX MARGOTH BARROSO
DEMANDADO	SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A

Con fundamento en las medidas legislativas adoptadas por el Gobierno Nacional mediante Decreto 806 del 4 de junio de 2020 en su artículo 14, procede este despacho a resolver de manera escritural el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el veinticinco (25) de agosto de dos mil veinte (2020) por el Juzgado Catorce Civil Municipal de Bucaramanga, en el proceso Declarativo Verbal de Responsabilidad Civil Contractual promovido por ALIX MARGOTH BARROSO a través de apoderado contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., representada legalmente por MARTHA ISABEL TARAZONA ESTUPIÑAN o quien haga sus veces, no avizorándose vicios que puedan conllevar a anular lo actuado y por concurrir los presupuestos procesales esenciales

DE LA CONTROVERSIA.

1. De la Demanda (Folios 3 a 9 y 41 a 47 Archivo 01 y 144 a 153 Archivo 04).

En ella se indica que el día 01/08/2014 el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO (en adelante ASEGURADO), adquiere la póliza denominada PLAN PROTECCIÓN VIDA ESTADO No. 1000000002 (en adelante el Contrato de Seguros) a través de LA FUNDACIÓN SOCIAL L.M. ASEGURAMOS EDUCADORES Y TRABAJADORES DE COLOMBIA - FUNDECOL (en adelante FUNDECOL), y, en la misma el ASEGURADO designa como única beneficiaria a su señora madre ALIX MARGOTH BARROSO (en adelante BENEFICIARIA).

Refirió que día 28 de junio de 2016, el ASEGURADO señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO, es notificado por parte de U.T. ORIENTE REGIÓN 5 del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y determinación de invalidez, de acuerdo con la patología presentada, analizada y evaluada, donde se estableció la PCL de 58.91%; y que al hacer la respectiva reclamación, la misma fue objetada por la aseguradora SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., mediante comunicación de fecha 22 de agosto de 2016.

Manifiesta que el Juez Octavo de Familia de Bucaramanga, a través de sentencia proferida el 05 de marzo de 2018, determinó que de acuerdo a la patología presentada por el señor DUARTE BARROSO, su señora madre ALIX MARGOTH BARROSO fungiría como GUARDADORA PRINCIPAL asumiendo todas las facultades que la ley le otorga como Representante Legal.

Arguye que inconforme con la objeción a la reclamación presentada, el día 25 de junio de 2018, se solicitó audiencia de conciliación extrajudicial en derecho ante el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación en Bucaramanga, la cual se declaró fallida el día 8 de agosto de 2018 por no existir animo conciliatorio, y agrega que a la fecha la entidad demandada no ha interpuesto demanda alguna



en su contra para que se declare nula la acción derivada del contrato de seguro de vida referido, razón por la cual, dice, de acuerdo con el artículo 1081 del Código de Comercio, ha operado la prescripción en contra de la aseguradora, y se encuentra saneado el mismo, y operando plenamente todos los efectos jurídicos que se derivan de éste.

2. CAUSA PETENDI.

En la demanda se pretende, i) que se declare la existencia del Contrato de Seguro de Vida Grupo Plan Protección Vida Estado n° 1000000002 celebrado con la aseguradora ASEGURADOS DE VIDA DEL ESTADO S.A., siendo tomador La Fundación Social L.M. Aseguramos Educadores y Trabajadores de Colombia, asegurado el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO y beneficiaria la señora ALIX MARGOTH BARROSO; ii) que se declare que la sociedad demandada es civil y contractualmente responsable por e incumplimiento del referido Contrato de Seguro, por incumplir el pago de las indemnizaciones a su cargo, como consecuencia de la declaratoria de incapacidad permanente del ASEGURADO; iii) como consecuencia que se ordene el pago de la indemnización correspondiente al amparo por INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA a favor de la señora ALIX MARGOTH BARROSO, por la suma de \$50.000.000; iv) que sobre esta suma se ordene a la sociedad demandada, el pago de los intereses moratorios contemplados en el artículo 1088 del Código de Comercio desde el 22 de agosto de 2016, hasta cuando se verifique el pago total de las obligaciones; v) y que se condene a la sociedad demandada al pago de las costas y agencias en derecho.

3. TRÁMITE DE LA DEMANDA POR EL A QUO Y OPOSICIÓN.

Se admitió a través del auto del 21 de agosto de 2018 (Folio 38 Archivo 01), mediante proveído de fecha 06 de diciembre de 2018 (Folio 48 Archivo 02) se aceptó la corrección de la demanda, y finalmente por auto de fecha 12 de abril de 2019 (Folio 154 Archivo 04) se aceptó la reforma de la demanda, en lo relativo al número de la póliza denominada "PLAN PROTECCIÓN VIDA ESTADO que corresponde a la póliza No. "1000000009 / 10 / 11 / 12 / 13" y no, la póliza 1000000002.

La notificación a la sociedad demandada se surtió por aviso entregado el día el 27 de febrero de 2019 conforme la certificación expedida por la empresa de correos enviamos (Folio 186 Archivo 02)

La aseguradora contestó la demanda dentro del término de traslado como se observa a folios 79 a 85 del Archivo 03. Manifestó que son ciertos los hechos 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, no le consta los hechos 4 y 7, y que no es cierto el hecho 10.

Con relación a las pretensiones de la demanda, acepta la existencia de la póliza, y se opone a las demás pretensiones, de declaración de responsabilidad por no reunir los requisitos mínimos exigidos para proceder a la afectación del amparo reclamado por el demandante, y que además por configurarse la reticencia por parte del asegurado, lo cual acarrea indica, la nulidad relativa del contrato de seguro.

Arguye que no se cuenta con los requisitos mínimos para otorgar el reconocimiento del amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE entre otras, dice, porque



el dictamen presentado no fue realizado bajo los preceptos del Decreto 1507/14 y además porque se configuró la nulidad relativa del contrato.

Afirma que no se ha probado debidamente la ocurrencia del siniestro, de conformidad con lo estipulado en el contrato de seguro, y que, a diferencia de los seguros de daños, los seguros de vida como el que nos ocupa en este caso, no tienen carácter indemnizatorio, y agrega que, en el caso improbable de imposición de condena, la aseguradora solo respondería por el pago del valor asegurado contratado en la Póliza Vida Grupo Plan Protección Vida Estado No. 000000002

Propuso las siguientes excepciones:

- 1- NO CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- 2- RETICENCIA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO
- 3- HECHOS TAXATIVAMENTE EXCLUIDOS DE COBERTURA
- 4- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD
- 5- GENÉRICA

1- NO CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se apoya en el artículo 1056 del Código de Comercio para indicar que la Aseguradora está facultada para delimitar los riesgos que asume a través de los contratos de seguros; y que, con base en lo anterior, Seguros de Vida del Estado S.A. emitió el contrato de seguro que se pretende afectar en el que se definieron los amparos y demás condiciones técnicas y jurídicas que lo conformaban, que fueron aceptadas por la parte contratante.

Señala que para efectos del seguro es necesario acudir al Manual Único de Calificación de Invalidez establecido por el Decreto 917 de 1999 hoy Decreto 1507 de 2014, para acreditar la configuración de un siniestro y poder obtener el pago de la suma asegurada; no siendo útiles ni pertinentes dice, las calificaciones de invalidez de pérdida de capacidad laboral que sean dictaminadas con base en un marco legal distinto al que es objeto de aseguramiento principal, para acceder a la suma asegurada, porque ellas, agrega, no acreditan la ocurrencia de un siniestro.

Afirma que no es el reconocimiento del derecho a percibir pensión de invalidez, ni el estado de invalidez, lo que configura un siniestro, sino que este, solo lo constituye la pérdida de capacidad laboral superior al 50% dictaminada siempre con base en el Manual Único de Calificación de Invalidez establecido por el Decreto 917 de 1999 hoy Decreto 1507 de 2014, y agrega que si la pérdida de capacidad laboral se rige por las normas propias del régimen pensional del magisterio, el docente asegurado no tendrá derecho dice, a la suma asegurada.

Asegura que la reclamación orientada al pago de la suma asegurada es una acción que se deriva del Contrato de Seguro otorgado por Seguros de Vida del Estado S.A., y no una acción que se derive del Sistema General de Seguridad Social, ni del régimen particular y especial al que pertenece el reclamante (propio de los miembros del magisterio) en materia prestacional ni ocupacional, y agrega que la normatividad aplicable es la contenida en el Código de Comercio, en el Estatuto



Orgánico del Sistema Financiero, en el Decreto Único Financiero y en los acuerdos contractuales celebrados entre las partes del Contrato de Seguro, y que no aplican dice, las normas pensionales de la seguridad social ni de ningún régimen en particular, por ser ajenas al convenio privado de seguros que liga a las partes.

Aduce que siendo la asegurada perteneciente al régimen especial del magisterio, debió demostrar dice, el siniestro de acuerdo a lo pactado dentro del contrato, y señala que la calificación de invalidez realizada por la UT DE ORIENTE REGIÓN 5, no cumple con los requisitos establecidos por el sistema de seguridad social colombiano Decreto 917 de 1999 hoy Decreto 1507 de 2014 en cuanto a los criterios que fueron tenidos en cuenta para la calificación de invalidez otorgada para el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO.

2- RETICENCIA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

Manifiesta que de la documentación allegada a la reclamación específicamente los registros médicos, evidencian que al momento en que el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO fue incluido como asegurado en la Póliza Vida Grupo Plan Protección Vida Estado No. 000000002, el día 01 de agosto de 2014, ya padecía y conocía las patologías que eran de importancia para la Aseguradora, y que debieron ser puestos en conocimiento de la misma al momento de suscribir el contrato de seguro y la solicitud de asegurabilidad, agrega que para esa fecha el asegurado padecía tanto de Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso de Múltiples Drogas y al Uso de Otras Sustancias Psicoactivas – Estado de Abstinencia, razón por la cual, el mismo fue reticente al no declarar de forma sincera el estado de riesgo.

Con sustento en el artículo 1058 del Código de Comercio y jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil en sentencia SC2803-2016, radicación 05001-31-03-003-2008-00034-01 M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez, afirma que el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO incurrió en reticencia al no declarar sinceramente su estado de salud al momento de diligenciar la Solicitud Certificado Individual para el Seguro de Vida Plan Protección Vida Estable No. 118115, lo que produce la nulidad relativa del contrato y la pérdida al derecho de indemnización.

3- HECHOS TAXATIVAMENTE EXCLUIDOS DE COBERTURA

Refiere que en el clausulado de la Póliza Vida Grupo Plan Protección Vida Estado No. 000000002, dentro del amparo de incapacidad Total y Permanente, para la fecha de configuración del siniestro, se encontraban vigentes las siguientes exclusiones:

(...)

B. CUALQUIER EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE HAYA OCURRIDO POR FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA”.

E. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS O DESEQUILIBRIOS MENTALES”



Argumenta que la mayoría de las enfermedades que hacen parte de la calificación de invalidez a la que se sometió el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO, según la historia clínica aportada, fueron adquiridas con antelación a la celebración del contrato el 01 de agosto de 2014, es decir que para la fecha en que diligenció la respectiva solicitud de asegurabilidad, el asegurado ya padecía de las afecciones de salud que configuraron su presunta Incapacidad Total y Permanente.

4- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

De cara al límite de asegurabilidad, refiere que está señalado en la carátula de la póliza que contiene el respectivo contrato de seguros, y determina la responsabilidad máxima por la cual podría entrar a responder la Aseguradora, en el evento improbable que se encuentre civilmente responsable y que se estableció un valor asegurado de \$150.000.000 para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, siendo improcedente el cobro de supuesto intereses generados en el pago.

Del traslado de las excepciones

Por auto de fecha 05 de noviembre de 2019 (Folio 241 y/o 178 Archivo 05) se dejó sin efectos el traslado efectuado por secretaría el 25 de septiembre de 2019 (Folio 209 Archivo 04).

Surtido el nuevo traslado de las excepciones propuestas (Folio 242 Archivo 05), la parte demandante se pronunció como aparece a folios 243 a 255 y/o 180 a 192 Archivo 05.

Con relación a la excepción de mérito “1- NO CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE”, manifiesta que no está llamada a prosperar, referido en el artículo 1077 del Código de Comercio en lo que compete a la carga de la prueba, el reclamante (asegurado o beneficiario) debe demostrar los 2 elementos para tener el derecho al pago de la prestación derivada del contrato de seguro, i) la cuantía de la pérdida que para el caso de marras es la suma de \$50.000.000 aceptado por la sociedad demandada, y ii) la ocurrencia del siniestro, frente a lo cual no existe una tarifa legal probatoria.

Con apoyo en doctrina de la Superintendencia Financiera afirma que la calificación de la PCL realizada por la UT Región Oriente 5 es plena prueba conducente, y pertinente para demostrar la existencia del siniestro en el caso en cuestión; y agrega que el clausulado definido y redactado por la misma aseguradora, que impone un medio de prueba específico, soslaya el artículo 1056 y 1077 del Código de Comercio, por estar en contravía del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009 y la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera, sobre prohibición de utilización de cláusulas abusivas en los contratos.

Arguye que se aporta como prueba la “Póliza Vida Grupo Plan Protección Vida Estado Nos. 1000000009/10/11/12 y 13” y no la póliza 1000000002.

Respecto de la excepción de mérito “2- RETICENCIA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO” afirma que no está llamada a prosperar porque ha operado la prescripción contra la aseguradora para alegar en



sede judicial la nulidad relativa del contrato de seguir, y que por lo tanto el contrato se ha saneado teniendo plenos efectos.

Indica que la nulidad relativa del contrato de seguro no puede ser declarada de oficio, sino que requiere ser alegada por la parte interesada y que cuenta con un término de dos años contados “desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”, y con relación a la fecha en que deben contarse los dos años,

Indicó que está probado y admitido por la demandada que el día 22 de agosto de 2016 la aseguradora objetó la reclamación, y que a partir de este acto de conocimiento ha de contarse los dos años, y agrega que la aseguradora ha debido demandar o bien excepcionar a más tardar el 22 de agosto de 2018, lo cual no sucedió sino hasta el 08 de marzo de 2019 cuando radica el escrito de contestación de demanda, resultando ser extemporánea la nulidad relativa alegada, quedando saneada y cobrando plenos efectos jurídicos y económicos.

Con apoyo en doctrina y jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, manifiesta que no es de recibo la excepción propuesta.

Con relación a la excepción de mérito “3- HECHOS TAXATIVAMENTE EXCLUIDOS DE COBERTURA” objeta que en el documento “SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO PLAN PROTECCIÓN VIDA ESTADO No. 11811” no se observa el texto relativo a las exclusiones que menciona la aseguradora, y agrega que las exclusiones que afirma la apoderada se encuentran contenidas dentro del clausulado de la “Póliza Vida Grupo Plan Protección Vida Estado No. 1000000002, no fue una característica en la etapa precontractual como tampoco dice, al momento de configurarse el Contrato de Seguro, y agrega que ni al asegurado ni a su cliente se le informó sobre las aludidas exclusiones, ni quedó consignado en el certificado individual entregado.

Referencia el artículo 184 del Código de Comercio, doctrina de la Superintendencia Financiera y jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, argumentado que el incumplimiento por parte del Asegurador de esta norma, conlleva a que las deprecadas exclusiones resulten ineficaces, y solicita despachar desfavorablemente esta excepción.

Respecto de la excepción de mérito “4- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD”, refiere que ciertamente la Aseguradora no estará obligada en principio sino hasta el valor asegurado, no obstante, dice, en algunos eventos la Aseguradora estará en la obligación de pagar sumas adicionales al valor asegurado por el no pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que se acreditó el derecho como en el caso que nos ocupa.

Con apoyo en el artículo 1080 del Código de Comercio, presenta una tabla con la liquidación de los intereses moratorios sobre el valor asegurado por \$50.000.000, la cual arroja una suma de \$99.894.000 liquidados hasta el 12 de noviembre de 2019.

5- DECISIÓN DEL A QUO

En sentencia proferida en la audiencia del 25 de agosto de 2020, el Juzgado cognoscente resolvió:



“PRIMERO: Declarar probada la excepción de RETICENCIA esgrimida por el extremo accionante (sic) y consecuentemente la NULIDAD RELATIVA del Contrato de Seguro.

SEGUNDO: Declarar que a título de sanción la aseguradora tiene el derecho a la retención de las primas.

TERCERO: Como consecuencia de lo anterior, se dispone negar la totalidad de las pretensiones de la demanda, conforme lo expuesto en la parte considerativa del proveído.

QUINTO: Se condena al pago de costas y agencias en derecho que deberán ser tasadas y liquidadas conforme lo regula el artículo 366 del C.G.P., a la parte demandante y, a favor de la demandada.”

Consideró el juez de primera instancia que la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro tiene vocación de prosperidad ante la configuración de reticencia según lo acreditado en el expediente, se funda en que según consta en el documento aportado por el accionante, la solicitud de certificado individual para el seguro de vida plan protección vida estado No. 118115, seguro tomado el 01 de agosto de 2014, adherida a la póliza No. 1000000009 / 10 / 11 / 12 / 13, donde se leen los datos personales del asegurado JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO y en la declaración de asegurabilidad se lee que se le pregunta al asegurado referido una serie de condiciones de naturaleza médica dentro de las cuales el despacho destaca la del numeral 8 según la cual la aseguradora es expresa en preguntar si “Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas?” con dos opciones de respuestas y se evidencia marcada o seleccionada la opción NO, dando a entender al asegurador que el asegurado con la póliza manifestó que no padecía o era tratado por enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas, bajo esos presupuestos la compañía aseguradora aseguró el riesgo entre otros la incapacidad total y permanente debidamente calificada del señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO.

Que el siniestro según el dictamen de incapacidad aportado, se configuró en la fecha de estructuración 21/02/2014 conforme se lee en el dictamen visto a folio 21, y que originalmente presentó un auténtico motivo de duda al despacho en la concordancia de esa fecha de estructuración en lo que al propio documento sostiene esta vez a folio 16 al hacer el análisis de la historia clínica donde reza que el paciente está en controles por psiquiatría desde el 29/11/2014 lo que inicialmente podría significar que a pesar que la fecha de estructuración se dio en febrero, el señor asegurado tomó la póliza de seguro de forma inculpable, es decir, sin ser diagnosticado, sin embargo tal duda fue despejada con la confesión que realizó la demandante en la diligencia al leer una parte de la historia clínica y al indicar que en la fecha 21/02/2014 más allá del simple dolor de cabeza del cual se intenta en describir el médico tratante diagnosticó un padecimiento psiquiátrico consecuentemente el asegurado al momento de tomar la póliza de seguro en fecha 01/08/2014 conocía del diagnóstico antes dicho, no obstante que su tratamiento haya empezado en el mes de noviembre y consecuentemente se verifica no obró con la verdad al manifestar las condiciones particulares del estado del riesgo de tomar la póliza de seguro, es más si se analiza en profundidad lo que reza el dictamen de pérdida de



capacidad laboral se podría concluir que no se trata siquiera de un asunto de nulidad relativa sino de ineficacia de contrato por falta de unos elementos de su esencia del contrato de seguro, a 01/08/2014 no había un riesgo asegurado porque el señor Javier tenía estructurada la pérdida de capacidad laboral, la incapacidad total y permanente desde el mes de febrero de 2014 ya se había consolidado esa pérdida de capacidad laboral que ulteriormente fue calificada.

Señaló que la demanda no tiene vocación de prosperidad ante la inexistencia de un elemento de su esencia como es el riesgo asegurado al momento de la suscripción del contrato de seguro, que se invoca la prescripción de la nulidad relativa, que tiene vocación de prosperidad y habría lugar a declararla prospera considerando que el contrato de seguro se suscribió el primero de agosto de 2014, que sin embargo, conforme lo indicó el representante legal de seguros del estado, por disposición del art. 94 del CGP., el término prescriptivo fue interrumpido, entendiéndose el término de cinco años a través de la invocación de la mentada reticencia o inexactitud se pretende hacer valer; que analizados los documentos que obran en el plenario, el despacho encuentra que se verificaría en gracia de discusión los presupuestos necesarios para declarar prospera tal excepción, en cuanto a la acción de nulidad relativa no ha prescrito con sustento en la reclamación que efectuara la aseguradora en la vía de respuesta mediante oficio GINP 3161 del 22 de agosto de 2016 visible a folio 25 del plenario como prueba aportada por el extremo accionante. Con sustento en el artículo 282 del C.G.P. se abstiene de examinar las restantes excepciones.

6- EL RECURSO DE APELACIÓN

Oportunamente la parte demandante interpuso recurso de apelación, y presentó los reparos concretos en primera y segunda instancia, cuyos argumentos, grosso modo, se compendian así:

Advierte que la interrupción que hace la parte demandante no le beneficia al demandado

REPAROS: 1) el riesgo asegurado es la incapacidad total y permanente y no las enfermedades subyacentes de dicha incapacidad, que es incorrecto afirmar que para el caso en cuestión el 01/08/2014 no existía riesgo, como un elemento esencial del contrato de seguro, porque si existía o no la enfermedad dice, o algunos antecedentes médicos ese no era el riesgo asegurado, sino la incapacidad total y permanente, y esta se configura cuando la persona es calificada y notificada de dicha calificación, que incluso cuando queda en firme y no es recurrida, que ni siquiera se tiene como fecha la realización del siniestro la que establecen en los dictámenes de pérdida de capacidad laboral como fecha de estructuración sino que el riesgo que se realiza en estos seguros de vida cuando el amparo es incapacidad total y permanente es cuando se le notifica al asegurado la pérdida. Que antes de esa calificación pueda que sepa que estuviera enfermo o no, pero que no sabe que tiene más del 50% o menos del 50% de PCL, que eso se conoce cuando se califica y se notifica; que no es cierto que no exista un elemento esencial en el contrato de seguro en este caso, que ya se hubiera realizado el riesgo no es cierto.

2) Con relación a la reticencia declarada, indica que la nulidad relativa derivada de la reticencia no puede ser declarada de oficio por un juez, sino que debe ser a solicitud de parte y hacerse en los términos que corresponde para la prescripción.



Que la prescripción extraordinaria de 5 años no es la que debe aplicarse en este caso porque la misma norma señala que la prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento que da base a la acción, y que en este caso si el asegurado conoció efectivamente los hechos que dan base a la acción, corresponde aplicar la prescripción ordinaria no la extraordinaria, que comienza a correr cuando se celebró el contrato de seguro, que si en algún momento de esos cinco años se da el supuesto anterior que conoce o debido conocer, a partir de ahí empiezan a aplicar los dos años sin que supere los cinco, y esto operó cuando la aseguradora manifestó en su carta de objeción del 22 de agosto de 2016 que negaba por los hechos que expuso en su documento de conocer los antecedentes médicos. Advierte que la interrupción que hace la parte demandante no le beneficia al demandado, y que el espíritu de la norma es en la prescripción al radicar la demanda a interrumpir la prescripción, que eso opera es para la parte diligente que ha tenido toda la vocación y voluntad de promover e iniciar las acciones, pero que no a la parte renuente y perezosa que simplemente se queda esperando, que la prescripción cuando se presenta la demanda no beneficia a ambas partes sino al que promueve la demanda; que la parte demandante presentó la demanda dentro de los dos años y la parte demandada aseguradora que se notifica y contesta lo hace por fuera de sus dos años, reitera su argumento que tal circunstancia sana el contrato de seguro y por lo tanto tiene plena vigencia.

7- SUSTENTACIÓN Y TRASLADO DEL RECURSO

En sujeción a lo normado en el artículo 15 del Decreto 806 del 2020, a la parte apelante le fueron permitidos cinco (5) días para sustentar su causa a través de auto publicado en legal forma; también la parte no apelante gozó de oportunidad equivalente para descorrer.

En el escrito de sustentación del recurso, el apoderado recurrente manifiesta que en el caso que nos ocupa, la pretensión ha sido encaminada al amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA, que según definición del propio clausulado de la Aseguradora “OTORGA COBERTURA POR EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SIEMPRE Y CUANDO AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, TAL INCAPACIDAD SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%. EN TAL CASO, SE RECONOCERÁ AL ASEGURADO LA SUMA ESTIPULADA EN EL CUADRO DE AMPAROS DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA”

Refiere que, en este caso, el suceso incierto es precisamente la calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, y no lo son las enfermedades previas o subyacentes a dicha calificación, y que para la fecha en que se celebró el contrato de seguro (01/08/2014) el señor DUARTE BARROSO no había sido calificado ni mucho menos notificado de PCL alguna.

Hace alusión a doctrina del profesor Alejandro Barrera Monje¹, para indicar que el Juez de Primera Instancia desconoce y contraviene la prueba que obra en el proceso, la cual demuestra dice, que la calificación de Pérdida de Capacidad

¹ Alejandro Barrera Monje, en el libro SEGUROS – TEMAS ESENCIALES de la Universidad de la Sabana- Facultad de Derecho y ECOE Ediciones, Tercera Edición,



Laboral del señor DUARTE BARROSO fue el 25 de junio de 2016, mucho tiempo después de celebrado el contrato de seguro en cuestión.

Acerca de la excepción de RETICENCIA / NULIDAD RELATIVA y PRESCIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS, indica que el juez a quo desconoce el artículo 1081 del Código de Comercio, y afirma que en el caso de marras está plenamente probado que la Aseguradora efectivamente conoció el hecho que da base a la acción, conoció la historia clínica del señor DUARTE BARROSO, conoció los diagnósticos y tan así que con fundamento en ellos el día 22 de agosto 2016, mediante escrito OBJETÓ la reclamación elevada con fundamento en la reticencia, lo cual fue ratificado en la contestación de la demanda cuando al hecho 2.6 respondió que es cierto y en interrogatorio de parte el propio representante legal al ser interrogado en la fecha en que conocieron los hechos que fundamentaron la reticencia expresó que los mismos fueron conocidos y plasmados en la carta de objeción del 22 de agosto de 2016.

Trae al caso doctrina del tratadista Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo², y cuestiona que en el proceso se aplique el régimen prescriptivo extraordinario (objetivo) cuando probado está que la Seguros de Vida del Estado S.A., conoció los hechos que dan base a la acción del régimen prescriptivo ordinario (subjetivo), y que a partir de este acto de conocimiento ha de contarse los dos (2) años señalados por la norma comercial, y agrega que la aseguradora debió bien demandar o bien excepcionar a más tardar el día 22 de agosto de 2018, lo cual no sucedió sino hasta el día 08 de marzo de 2019, fecha en la cual radica su escrito de contestación de demanda y propone la excepción debatida, que resulta ser extemporánea la nulidad relativa alegada, saneándose dice, el contrato de seguro y cobrando plenos efectos jurídicos y económicos.

Cita algunas líneas de la doctrina que enseña el profesor Hernán Fabio López³, así como también hace referencia a jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia⁴ que fue tomada dice, como fundamento jurisprudencial en la sentencia de la Corte Suprema de Justicia Sala Civil, radicado:2017-01900-00, expediente STC11419-2017; M.P. Álvaro Fernando García Restrepo, para reiterar que no existe duda alguna sobre el conocimiento de los hechos por parte de la Aseguradora Seguros de Vida del Estado S.A., el día 22 de agosto 2016 cuando objetó la reclamación elevada con fundamento en la reticencia; y agrega que lo preceptuado en sentencia del 3 de mayo del 2000 constituye precedente jurisprudencial, y no la sentencia sobre la cual sustentó el A-quo el fallo de primera instancia⁵, la cual, dice, no constituye un precedente jurisprudencial, por tratarse de una sentencia aislada que va en contravía de los fallos que a través de los últimos años han conformado un real precedente en materia de la declaratoria de la nulidad relativa del contrato de seguros y la correcta aplicación de la prescripción contenida en el artículo 1081 del Código de Comercio.

Sobre la interrupción de la prescripción por presentación de la demanda, afirma que conforme la argumentación del señor Juez 14 Civil Municipal de Bucaramanga, su

² Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo en su obra "LA PRESCRIPCIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO" Editorial TEMIS, 2012, página 53

³ Hernán Fabio López en su obra "EL CONTRATO DE SEGURO"

⁴ Sentencia 5360 del 03 de mayo de 2000, Sentencia SC4574-2015, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez, Sentencia SC5297-2018, M.P. Arnoldo Quiroz Monsalvo radicado 2007-00217-01, y Sentencia 5360 del 03 de mayo de 2000.

⁵ Expediente: 1100122030002009-01803 SU, M.P. Ruth Marina Díaz Rueda del 8 de febrero del 2010



actuar diligente antes de favorecerlo los perjudicó dice, porque los efectos resultaron siendo extensivos al extremo demandado, quien fue renuente en promover las acciones derivadas del contrato de seguro que le correspondían. Y agrega que la interrupción de la prescripción solo favorece a quien la promueve, y solicita que se revoque la sentencia apelada, y en su lugar proceda a dictar Sentencia favorable a todas y cada una de las pretensiones del extremo activo.

6.- CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

Como se hallan reunidos los presupuestos procesales indispensables para proferir sentencia de mérito y no observándose nulidad en lo actuado, este despacho pasa a resolver lo que en derecho corresponda en este asunto.

De conformidad con el artículo 328 del C.G.P. este despacho pasa a estudiar la inconformidad del único apelante en el presente asunto.

El Contrato de Seguros y sus Elementos Esenciales.

Los hechos y pretensiones de la demanda se originan en un contrato de seguro, que está regulado en el Libro cuarto, Título V, del código de comercio.

El Seguro es un contrato mediante el cual una persona jurídica denominada asegurador, debidamente autorizada para ello, asume los riesgos que otra persona, natural o jurídica, le traslada a cambio de una prima.

Por definición legal el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso y aleatorio (art. 1036); en él intervienen como partes el asegurador, persona jurídica que asume los riesgos (art. 1037, ord. 1º) y el tomador que, obrando por cuenta propia o por cuenta de un tercero, traslada los riesgos (arts. 1037, ord. 2º y 1039).

Los elementos esenciales son (art. 1045):

- 1.- El interés asegurable (arts. 1083 y 1137),
- 2.- el riesgo asegurable (art. 1054),
- 3.- La prima, cuyo pago se impone a cargo del tomador (art. 1066) y
- 4- La obligación condicional del asegurador que se transforma en real con el siniestro (art. 1072), y cuya solución debe aquel efectuar dentro del plazo legal (art. 1080).

No cabe duda que, en el presente caso, el negocio jurídico que sirve de base de las pretensiones de la demanda recae sobre el contrato de seguro de vida denominado "PLAN PROTECCIÓN VIDA ESTADO que corresponde a la póliza No. "1000000009 / 10 / 11 / 12 / 13" expedido el día 01 de agosto de 2014 por SEGUROS DEL VIDA DEL ESTADO S.A. mediante el cual se ampara la invalidez total y permanente del asegurado JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO, y como beneficiaria su señora madre ALIX MARGOTH BARROSO, razón por la cual no queda duda respecto de su existencia y validez.

6.1 ANÁLISIS DEL CASO EN CONCRETO

El juez a quo declaró probada la excepción de RETICENCIA esgrimida por el extremo demandado, y consecuentemente la NULIDAD RELATIVA del Contrato de Seguro. Señaló que la demanda no tiene vocación de prosperidad ante la



inexistencia de un elemento de su esencia como es el riesgo asegurado al momento de la suscripción del contrato de seguro, y que habría lugar a declarar prospera la prescripción de la nulidad relativa, considerando que el contrato de seguro se suscribió el primero de agosto de 2014, sin embargo, indicó, que dicha acción no ha prescrito, por cuanto el término de cinco años fue interrumpido por disposición del art. 94 del C.G.P.

Sobre la Prescripción ordinaria y extraordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro del artículo 1081 del Código de Comercio, se trae al caso Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia que en síntesis fue enunciada por la Corte Constitucional en la sentencia T-662/13⁶ en los siguientes términos:

“El artículo 1081 del Código de Comercio, establece que en materia de seguros “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 (...)”.

En este contexto, la Corte Suprema de Justicia, como máximo órgano de la jurisdicción ordinaria, ha interpretado este artículo en diferentes oportunidades. Así, encontramos que “a pesar de que en la norma se hace alusión a dos especies de prescripción, esto es, la ordinaria y la extraordinaria, no quiere decir que sean el producto de una dicotomía irreconciliable, pues, son más los puntos que las unen que los que las separan”^[49]. Incluso, como se verá más adelante, los dos términos pueden, como en efecto sucede, correr simultáneamente.

La prescripción ordinaria tiene como principal propósito proteger los intereses de los asegurados que por su condición (como el caso de los incapaces^[50]) o por razones ajenas a su voluntad, no hayan tenido o debido tener conocimiento de los hechos que dieron lugar al siniestro. Esto significa que mediante esta modalidad de prescripción, el Código de Comercio quiso dotar de mayores garantías a los legitimados para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro^[51]. Si el efecto de la prescripción es crear una consecuencia desfavorable a quien teniendo las posibilidades de ejercer un derecho o una acción^[52], transcurrido determinado tiempo no lo hizo, en este evento la voluntad del legislador no fue castigar a quien ni siquiera conocía que tiene el derecho o quien por su condición no podría presentar la reclamación.

Citando un pronunciamiento del 7 de julio de 1977, la Corte Suprema de Justicia^[53] concluyó que los términos para la prescripción ordinaria se contaban desde que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento.

Varias controversias se suscitaron frente a la expresión “haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” que trata el artículo 1081 del código de comercio sobre la prescripción ordinaria. Este punto fue aclarado por la misma Corte Suprema de Justicia, al considerar que el término comenzará a contar

⁶ Sentencia T-662 del 23/09/2013 M. P. Dr. Luis Ernesto Vargas Silva



solo cuando la persona razonablemente haya podido tener conocimiento del hecho que ocasionó el siniestro.

Por ejemplo, existen situaciones en las que los efectos del siniestro o bien pueden manifestarse silenciosamente o sencillamente, requieran la valoración de un especialista para que el afectado pueda darse cuenta, como ocurre en el caso del estado de invalidez. En esos eventos, no es lógico exigirle a una persona imaginarse su condición y porcentaje de incapacidad. Mucho más si se toma en cuenta que es requisito indispensable para la reclamación de la póliza, demostrar científicamente que existe una pérdida de la capacidad laboral para que la aseguradora pueda, como es apenas natural, cumplir con sus obligaciones contractuales.

Por tanto, “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”[54].

Por otra parte, el propósito de la prescripción extraordinaria en el contrato de seguro es diferente. Su finalidad ya no tiene en cuenta consideraciones subjetivas. El principal objetivo es brindar seguridad jurídica a las partes del contrato cuando existen situaciones jurídicas en las que transcurrido un tiempo (5 años), aun no se han definido. Por esta razón, como lo ha resaltado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, la prescripción extraordinaria es objetiva. Ya no importa si la persona tiene o no tiene conocimiento de los hechos, o puede o no tenerlo. Independientemente de ello, el tiempo comienza a contarse desde que ocurre el siniestro.

Con anterioridad, la Corte Suprema de Justicia se pronunció sobre las diferencias que existen entre los tipos de prescripción. De esta manera, la prescripción ordinaria se diferencia de la extraordinaria, principalmente, por dos aspectos puntuales. Por un criterio subjetivo “relacionado con el conocimiento, real o presunto, que se tenga de la ocurrencia del siniestro”[55] y el otro objetivo, “que tiene que ver con la capacidad para hacer efectivo el reconocimiento del siniestro y el pago de la indemnización pretendida, sin que ello impida que corran de modo simultáneo, como en efecto puede suceder”[56]. De acuerdo con ello, debe identificarse el tipo de sujeto y su condición para verificar cuál de estos términos le es aplicable.

Así las cosas, en el común de los casos, los dos tipos de prescripción son aplicables. La prescripción ordinaria comienza a correr desde el momento en que la persona razonablemente haya tenido o podido tener conocimiento de los hechos que dan base a la acción. La extraordinaria comienza a contar desde el momento en que ocurre el siniestro. Así, cuando el legitimado para reclamar el cumplimiento del contrato de seguro es incapaz o no puede conocer los hechos que dan base a la acción, el término de prescripción que comenzará a correr será el de la extraordinaria (desde que ocurre el siniestro) hasta tanto cese su incapacidad o tenga conocimiento de los hechos. Desde ese momento, comenzará a correr la ordinaria paralelamente y surtirá efectos la primera que opere.

(...)

En síntesis, existen dos tipos de prescripción para las acciones derivadas del contrato de seguros; la ordinaria (2 años) y la extraordinaria (5 años). La primera de ellas comienza a contar desde que la persona razonablemente pudo conocer el



hecho que da origen a la acción (el siniestro) y la extraordinaria corre desde que ocurre el siniestro. Ambas clases de prescripción pueden comenzar a correr paralelamente. La diferencia radica en que una (la ordinaria) se aplica para personas que por su condición (incapaces) o por otras razones justificables no pueden tener conocimiento del hecho, y la otra (extraordinaria) aplica para cualquier tipo de personas independientemente su calidad. Bajo estos supuestos, cada una de ellas es autónoma.

3. Aplicar el término de prescripción extraordinaria es razonable pero desproporcionado, cuando personas en condición de invalidez que no cuentan con capacidad económica, deben esperar la valoración de la Junta Regional de Calificación de Invalidez para reclamar el pago de la póliza.

(...)"

6.1.1 Descendiendo al caso que nos ocupa, las pruebas aportadas permiten determinar que el señor Javier Andrés Duarte Barroso fue calificado el 25 de junio de 2016 con una pérdida de capacidad laboral del 58.91% certificada por el Médico Especialista en Salud Laboral de la U.T. ORIENTE REGION 5, con fecha de estructuración el 21 de febrero de 2014 (Ver Folios 16 a 21 y/o Páginas 19 a 24 Archivo 01 Cuaderno Principal).

Una vez el asegurado fue notificado del hecho a través de su representante legal, presentó la reclamación ante la empresa aseguradora SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., siendo atendida de manera desfavorable la solicitud de indemnización por la compañía aseguradora mediante oficio GINP.3161/16 de fecha 22 de agosto de 2016 (Ver Folios 25 a 29 y/o Páginas 30 a 34 Archivo 01 Cuaderno Principal), por considerar 1) que el asegurado incurrió en reticencia al no declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinaban el estado del riesgo (salud) al momento de su inclusión en el Contrato de Seguro de Viga Grupo Plan Protección Vida Estado, configurándose la nulidad relativa del Contrato de Seguro y por ende dijo, la pérdida del derecho a la indemnización, en los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio, y 2) debido a que no cumple con la totalidad de los requisitos establecidos en el amparo de ITP.

Por lo tanto, considera este despacho que el 22 de agosto de 2016, es la fecha en que la aseguradora pudo conocer razonablemente el hecho que da origen a la presente acción, es decir, cuando objetó el dictamen requerido para reclamar el pago de la póliza, fecha, que ha sido aceptada por la misma parte demandante al descender el traslado de las excepciones propuestas por la parte pasiva, luego, es a partir de allí que se acredita el conocimiento real del vicio por parte del asegurador e inexorablemente debe empezar a contabilizarse el término de prescripción de la acción ordinaria, o para el caso, de la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, conforme lo previsto en el artículo 1081 del Código de Comercio.

Así las cosas, tenemos que la demanda fue presentada el día 8 de agosto de 2018 (Ver Folio 1 Archivo 01 Cuaderno Principal), y el auto de fecha 21 de agosto de 2018 por el cual se admitió la demanda, fue notificado por estados al demandante el 22 de agosto de 2018 (Ver Folio 38 y/o Páginas 46-47 Archivo 01 Cuaderno Principal), siendo admitida la corrección solicitada por el actor en proveído de fecha 06 de diciembre de 2018 notificado por estados al demandante el 07 de diciembre de 2018 (Ver Folio 48 y/o Página 56 Archivo 01 Cuaderno Principal).



La notificación a la sociedad demandada se surtió por aviso entregado el día 27 de febrero de 2019 conforme la certificación expedida por la empresa de correos enviamos (Ver Folio 186 y 190 Archivo 02 Cuaderno Principal), y contestó la demanda dentro del término de traslado proponiendo excepciones de mérito entre otras “RETICENCIA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO”

En ese sentido, lejos del debate respecto de, si es aplicable el término de prescripción ordinaria o extraordinaria, no advierte este despacho que el derecho de la aseguradora de ejercer la acción que le asistía, se encuentre prescrita, como quiera que entre el momento en que el asegurador reconoce que tiene conocimiento del vicio y objeta la validez del contrato (oficio de objeción del 22 de agosto de 2016) y el momento de instrumentalizar la excepción de mérito de nulidad relativa del contrato por reticencia con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio, el 8 de marzo de 2019, no transcurrió el lapso de los dos años previsto en el artículo 1081 ibídem.

Lo anterior, si se tiene en cuenta que la presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho ante la Procuraduría General de la Nación en Bucaramanga el día 25 de junio de 2018 suspendió el término de prescripción hasta la fecha de la constancia de no acuerdo expedida por el conciliador el día 8 de agosto de 2018 según lo establece el artículo 21 de la Ley 640 de 2001 (Folios 32 a 45 y/o Folios 39 a 45 Archivo 001 Expediente); y la presentación de la demanda interrumpió el término para la prescripción a voces de lo dispuesto en el artículo 94 del C.G.P., según el cual: “La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.”

Pues, el lapso transcurrido entre la fecha (22 de agosto de 2018) en que fue notificado por estados al demandante el auto admisorio de la demanda, y la fecha en que se surtió la notificación de la sociedad demandada por aviso (28 de febrero de 2019) según consta fue entregado el día 27 de febrero de 2019, se encuentra dentro del límite establecido en artículo 94 del C.G.P.; y si bien como lo afirma el mismo recurrente la interrupción de la prescripción solo favorece a quien la promueve, las normas del artículo 21 de la Ley 640 de 2001 y artículo 94 referido es de carácter general y de aplicación imperativa sin ningún otra restricción más que el término allí establecido; no siendo cierto que la aseguradora contaba hasta el 22 de agosto de 2018 para formular la acción de nulidad, por cuanto entre el lapso comprendido entre el día 25 de junio de 2018 y el día 8 de agosto de 2018 (un mes y 10 días) que estuvieron suspendidos los términos por efectos de la solicitud de conciliación, deben ser tenidos en cuenta, luego la aseguradora contaba hasta el 5 de septiembre de 2018 para formular la acción de nulidad, lo cual no sucedió, sin embargo, presentó igualmente la excepción en la oportunidad procesal establecida, en virtud que la demanda le fue notificada debidamente dentro del plazo ya referido en el aludido artículo 94 del C.G.P., sin que sea necesario aplicar el término de cinco años igualmente determinado en el artículo 1081 del Código de Comercio, que tampoco se encuentra vencido, si se tiene en cuenta que los riesgos se asumieron



el 01 de agosto de 2014 y la notificación de la sociedad demandada se realizó el 28 de febrero de 2019.

Con relación a las citas jurisprudenciales referidas por el recurrente, que tratan sobre la aplicación del término de cinco igualmente determinado en el artículo 1081 del Código de Comercio, especialmente la sentencia de tutela STC11419-2017; M.P. Álvaro Fernando García Restrepo, se advierte que en dicho asunto prosperó el amparo invocado, conforme al siguiente razonamiento:

“7. Bajo tal panorama hermenéutico, la omisión anotada vino a ser del todo trascendente para el caso cuestionado, pues habiéndose acreditado que el contrato de seguro se perfeccionó en el año 1997, o si se quiere, que la última actualización del estado del riesgo se dio con la ampliación de su cobertura en el 2009, es claro que para el 2016, cuando se pidió vía excepción su nulidad por reticencia, ya se había consumado el término de prescripción extraordinaria de cinco años para poder lograr la invalidación de ese acuerdo de voluntades y, por tanto, no era siquiera necesario en el asunto entrar a considerar sobre si había operado el término extintivo ordinario, pues, al ya haberse consumado el extraordinario, lo procedente era dar curso a la réplica que en tal sentido elevó la aquí interesada al momento de descorrer las excepciones de mérito, esto es, desestimar la excepción de nulidad relativa del contrato propuesta por la aseguradora accionada, pues como lo ha dicho la Corte, es claro que,

«[I]uego de fenecido el quinquenio en referencia, la relación jurídica se tornará inescrutable, con todo lo que ello supone, como quiera que no podrá acudir, con éxito, al expediente prescriptivo, así se compruebe fehacientemente que el asegurador, por vía de elocuente ejemplo, no conoció el hecho detonante del surgimiento de su derecho impugnativo (la reticencia o la inexatitud), que autorizan la petición de nulidad relativa del contrato celebrado (art. 1058, del C. de Co.), sino luego de expirado dicho período, en tal virtud fatal, concretamente cuando se le formuló la reclamación respectiva, acto éste que, de ordinario, es el que le permite enterarse al empresario, según las específicas circunstancias, de que su asentimiento fue arrancado en desarrollo de una declaración de asegurabilidad vacía de fidelidad o de sinceridad (art. 1.058, ibidem).

(...) Lo propio debe decirse en torno a la excepción de nulidad emergente de las citadas circunstancias, toda vez que ésta es disciplinada, igualmente, por el artículo 1.081 del C. de Co., así la norma se refiera, lato sensu, a las acciones, vocablo dentro del cual, en línea de principio, deben quedar cobijadas este tipo de excepciones, pues conforme quedó expuesto en los antecedentes legislativos de la citada disposición transcritos al inicio de estas consideraciones, al vencerse el término de los cinco (5) años el asegurador “...ya no podrá alegar la nulidad del contrato por vicios en la declaración de asegurabilidad” ni por vía de acción ni de excepción, se agrega» (CSJ, SC, 3 de mayo de 2000, Exp. 5360).

Pues como atrás se indicó, entre el momento en que el asegurador reconoce que tiene conocimiento del vicio y objeta la validez del contrato (oficio de objeción del 22 de agosto de 2016) y el momento de presentar la excepción de mérito de nulidad relativa del contrato por reticencia con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio, el 8 de marzo de 2019, no transcurrió siquiera el lapso de los dos años previsto en el artículo 1081 ibídem, mucho menos había operado en su contra el término de prescripción de los cinco años contados desde la fecha en que el



asegurado adquirió la póliza de seguros objeto de demanda, el 01 de agosto de 2014.

Así las cosas, no hay lugar a despachar de manera favorable el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en cuanto a declarar que está prescrito el derecho de la aseguradora para invocar la nulidad por reticencia.

En ese sentido, pasa el despacho a resolver los demás reparos a la decisión de primera instancia con relación a la excepción de RETICENCIA esgrimida por el extremo demandado, y consecuentemente la NULIDAD RELATIVA del Contrato de Seguro que fue declarada en la sentencia recurrida.

Señala el artículo 871 del Código de Comercio que: “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural.”

Así mismo, el artículo 1036 del Código de Comercio dispone que: “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”

Igualmente, el artículo 1054 del Código de Comercio establece lo siguiente: “Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.”

Sobre la etapa precontractual del seguro, preciso es indicar como lo ha enseñado desde antaño la jurisprudencia del H. Tribunal⁷ que “Al igual que en la mayoría de contratos, en el contrato de seguros la etapa precontractual juega un papel importante, por no catalogarla como fundamental para la formación, ejecución y cumplimiento del mismo;” “Es en esa oportunidad donde la voluntad de los contratantes tiene su mayor injerencia, y no en vano el legislador instituyó en cabeza de estos la carga de informar a cada uno los derechos y obligaciones que eventualmente regirían el negocio a celebrar, ya que a partir de tales datos dependerá el querer o no hacer parte de dicho acuerdo; es tan así que en caso en el caso en que alguna de las partes oculte o no haga saber a su contraparte sobre puntos que sin duda alguna resultaban trascendentes, dicha etapa puede verse afectada y con ello la totalidad del negocio, imponiéndose como consecuencia la nulidad relativa del contrato.

Dicha exigencia se ve claramente reflejada en el contrato de seguro, donde el tomador o el asegurado tiene la obligación de hacer saber la real situación en que se encuentra el riesgo que se pretende amparar conforme al artículo 1058 del C. de Cio., información que se torna en elemento axial, porque, de una parte, de ella se deriva la voluntad de la aseguradora de continuar con el negocio, y por la otra, fijar el valor correspondiente a la prima.⁹”

⁷ Sentencia de fecha 5 de febrero de 2016 M.P. Dr. Ramón Alberto Figueroa Acosta (Rad. Interno 646/2015)



En esa declaración de asegurabilidad, en la que, tratándose de seguros de vida, se espera que el asegurado quién es el que tiene la información más relevante acerca de su estado de salud, se le impone un especial deber de conducta que le obliga a obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, 10 so pena que incurra – por vía de principio- en inexactitud o reticencia.”

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2803-2016 de fecha 04/03/2016 Radicación N° 05001-31-03-003-2008-00034-01 M. P. Fernando Giraldo Gutiérrez, haciendo referencia a su propia jurisprudencia, indicó lo siguiente:

“La Corte en SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, al diferenciar dos fases en lo que toca al estado del riesgo, señaló que la primera corresponde a la

(...) formación del contrato, durante la cual el tomador tiene “la obligación” - preferiblemente carga, según concepto precisado en sentencia de 30 de septiembre de 2004, Exp. 7142- de declarar sinceramente la situación en que se encuentra el riesgo que se pretende amparar (art. 1058 C. de Co.), pues sólo una declaración franca, límpida y completa, le permite al asegurador expresar su asentimiento y, lo que también es medular, cuantificar la prima o precio del seguro; por eso su infracción, en línea de principio, provoca la nulidad relativa del contrato, en un todo de acuerdo con lo explicitado por la propia ley y la reiterada jurisprudencia de esta Sala (...) En torno a esta última, ha puntualizado la Corte que la carga de información que tiene el tomador -in potentia- en relación con el estado del riesgo, no se agota en un solo momento, pues “esta carga informativa es considerada como una prototípica ‘carga de duración’”, motivo por el cual, “los hechos o circunstancias -relevantes- sobrevinientes a la declaración del estado del riesgo,..., deben ser comunicados sin demora o dilación.” Ese “deber de información a su cargo -agregó la Sala-... en rigor comprende, a su turno, el deber de aclaración -o actualización- de la misma, pues de muy poco sirve informar durante la floración del período precontractual, preludio del contrato, unos hechos que en breve cambian o se alteran radicalmente, sin que éste se haya aún agotado, lo que se traduce en que su divulgación se tornaría oportuna y conducente, lo que corrobora la pertinencia del prenotado deber jurídico -o carga-.” (cas. civ. de 2 de agosto de 2001; exp.: 6146).”

La parte demandada alega que el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO incurrió en reticencia al no declarar sinceramente su estado de salud al momento de diligenciar la Solicitud Certificado Individual para el Seguro de Vida Plan Protección Vida Estable No. 118115, lo que produce la nulidad relativa del contrato y la pérdida al derecho de indemnización. Indica que para dicho momento ya padecía y conocía las patologías que eran de importancia para la Aseguradora, y que debieron ser puestos en conocimiento de la misma al momento de suscribir el contrato de seguro y la solicitud de asegurabilidad, y agrega que para dicha fecha el asegurado padecía tanto de Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso de Múltiples Drogas y al Uso de Otras Sustancias Psicoactivas – Estado de Abstinencia.

Por su parte el demandante refiere que, en este caso, el suceso incierto es precisamente la calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, y no lo son las enfermedades previas o subyacentes a dicha calificación, y que para la fecha en que se celebró el contrato de seguro (01/08/2014) el señor DUARTE BARROSO no había sido calificado ni mucho menos notificado de PCL alguna.



Indica que si existía o no la enfermedad, o algunos antecedentes médicos, ese no era el riesgo asegurado, sino la incapacidad total y permanente, y esta se configura cuando la persona es calificada y notificada de dicha calificación.

Obra como prueba la solicitud de inclusión como asegurado, diligenciada por el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO el 01 de agosto de 2014 según Certificado Individual No 118115, en la cual quedó consignado expresamente, en la Declaración de Asegurabilidad, las respuestas negativas suministradas por el asegurado a distintas preguntas alusivas al padecimiento de “Enfermedades Neurológicas”, al consumo o no de sustancias alucinógenas o adicción a drogas estimulantes, o para la depresión, o alguna enfermedad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas, como se muestra a continuación:

16



SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL
PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO
PLAN PROTECCIÓN VIDA ESTADO

Nº 118115



NIT. 860.009.174-4

Importante: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones o enmendaduras favor validarlas con firma.

SOLICITO MI INCLUSIÓN COMO ASEGURADO DE LA PÓLIZA A CONTINUACIÓN ANOTADA CON LOS AMPAROS DESCRITOS A CONTINUACIÓN Y POR EL VALOR ASEGURADO INDICADO		PÓLIZA No. 1000000029 / 10 / 11 / 12 / 13	CERTIFICADO No.
1. DATOS GENERALES			
Ciudad y fecha de solicitud Pt Wilches	DD MM AA 01 08 2014	INICIACIÓN AMPARO	VENCIMIENTO
TOMADOR FUNDACION SOCIAL L.M. ASEGURAMOS EDUCADORES Y TRABAJADORES DE COLOMBIA		HORA 4:00 PM	SUCURSA Bucaramanga
NIT		900.411.481-8	
2. DATOS PERSONALES DEL TITULAR ASEGURADO			
PRIMARIO (P/L) DUARTE	SEGUNDO (P/L) BARROSO	NOMBRE (S) JAVIER ANDRES	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1098696900
Ocupación Estudiante	LUGAR DE TRABAJO Pt Wilches	FECHA DE NACIMIENTO 26 09 1990	SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
DIRECCIÓN RESIDENCIAL Cll 104 F # 15-74	TELÉFONO 320 8326439	CONDUCE MOTOCICLETA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CILINDRAJE 125 CC
DIRECCIÓN TRABAJO	TELÉFONO	PRIMA MENSUAL 26033	PLAN ELEGIDO B
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
"La tranquilidad de usted y de su familia depende de la veracidad de la información suministrada"			
1. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			
Presión Arterial	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Corazón	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
		Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
		Riñones	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
		Pulmones	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
		Infección por V.I.H. (SIDA)	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo por favor amplíe.			
2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?, ¿cuál? especifique:			
3. Ha tenido, o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido enfermedades, accidentes o lesiones que hayan tenido que ser tratadas medicamente o que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?, especifique:			
4. Peso (Kg)	70	Estatura (Mts)	172
5. A que EPS, IPS esta afiliado.	EPS <u>Andrés</u> IPS		
6. En alguna ocasión ha estado en peligro su vida? (ocupación, deportes peligrosos, amenazas de Secuestro o muerte etc.) Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> especifique			
7. Fuma cigarrillo, tabaco o pipa consume sustancias alucinógenas o es adicto a drogas estimulantes, o para la depresión o consume licor con frecuencia? Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia.			
8. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas? Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> en caso afirmativo, especifique.			
Las actividades a las que se dedica son lícitas y no generan ningún riesgo o azarocidad contra su vida? Si <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
en caso negativo especifique:			
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS MÉDICOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASÍ COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTÉ DE ACUERDO CON SUS NORMAS DE SELECCIÓN.			
3. MODULO DE VIDA			

Conforme al dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez emitido el 25/06/2016 por U.T. ORIENTE REGION 5, el señor JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO estableció un 58.91% de porcentaje de pérdida de capacidad laboral 58.91% con fecha de estructuración 21 de febrero de 2014, con diagnóstico motivo de calificación “ESQUIZOFRENIA PARANOIDE”, “TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A USO DE CANANBINOIDES USO NOCIVO”, donde aparece consignado “Paciente en controles con psiquiatría desde 29/11/2014 caracterizado por cambios de comportamiento agitación heteroagresividad con sus familiares,...” “..con



antecedentes de abuso de sustancias con trastorno psicótico internado por segunda vez Isnor, por suspensión de medicamento,...” (Subrayado nuestro)

En ese sentido, para el despacho, el silencio del asegurado JAVIER ANDRES DUARTE BARROSO desde un comienzo cuando suscribió el Certificado Individual No 118115 acerca de sus antecedentes médicos de abuso de sustancias con trastorno psicótico, constituye claramente reticencia, y la declaración de la demandante (Record: 42:05 – 42:50) no deja duda que el asegurado para febrero de 2014, es decir, desde antes de la suscripción del Certificado Individual para el Seguro de Vida Plan Protección Vida Estable No. 118115, el 01 de agosto de 2014, ya presentaba trastornos mentales debido al uso de múltiples drogas y uso de otras sustancias psicóticas, cuando manifestó expresamente, según un documento de la historia clínica ISNOR que tenía en su poder al momento de la declaración, el mismo que fue referido por la aseguradora demandada en el escrito de objeción a la reclamación, que para febrero de 2014 el diagnóstico fue “trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicóticas estado de abstinencia R51X cefalea” y ratificó que la fecha del diagnóstico según el documento es 21 de febrero de 2014.

Así las cosas, conforme al pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en la citada sentencia SC2803-2016 haciendo referencia a su propia jurisprudencia según sentencia CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, arriba mencionada: “Tratándose del estado del riesgo, no ofrece duda que el tomador de un seguro de vida tiene la carga de declararlo sinceramente (fase precontractual), según lo establece el artículo 1058 del Código de Comercio, y lo recalca, para que de ello no quede vacilación alguna, el artículo 1158 de la misma codificación, al precisar que, “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar”.

Dicha norma en términos de la referida jurisprudencia, “consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca.” (...)

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.”

Por lo tanto, no son de recibo los argumentos que presenta el apelante, en cuanto afirma que el suceso incierto es precisamente la calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, y no lo son las enfermedades previas o subyacentes a dicha calificación, pues lo que la norma del artículo 158 del C. Cio., sanciona, es el silencio del estado del riesgo que se va a contratar al momento de la suscripción de la póliza de seguros, pues, resulta diáfano el aludido artículo, al establecer que: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.”, luego no se trata de la existencia o no de determinadas enfermedades previas al momento de contratar una póliza de seguro, sino el hecho



de callar los padecimientos que lo aquejaban a la fecha de su suscripción, respondiendo negativamente a hechos o circunstancias en el cuestionario determinado, que, conocidos por la aseguradora, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, y si bien la incapacidad total y permanente determinada legalmente por el profesional competente es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia, de lo contrario, la falta de sinceridad del contratante y su obrar opuesto a la buena fe, producen la nulidad relativa del seguro.

Baste las anteriores consideraciones para confirmar la sentencia de primera instancia que declaró próspera la excepción de RETICENCIA esgrimida por el extremo demandado, y consecuentemente la NULIDAD RELATIVA del Contrato de Seguro.

No habrá condena en costas en esta instancia por no aparecer causadas.

Por las razones expuestas, EL JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DE CIRCUITO DE BUCARAMANGA, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

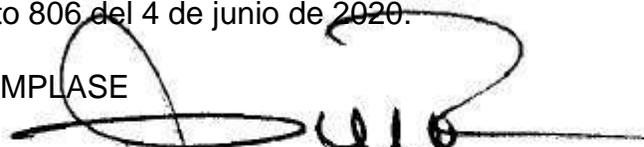
PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el veinticinco (25) de agosto de dos mil veinte (2020) por el Juzgado Catorce Civil Municipal de Bucaramanga, en el proceso Declarativo Verbal de Responsabilidad Civil Contractual promovido por ALIX MARGOTH BARROSO a través de apoderado contra SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., según lo motivado.

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia por no aparecer causadas.

TERCERO: Devuélvase la actuación al Juzgado de conocimiento.

Notifíquese esta providencia por estados electrónicos según lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 806 del 4 de junio de 2020.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


OFELIA DIAZ TORRES
Juez

RADICADO No. 68001.40.03.014.2018-00481-01

<p>JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA</p> <p>La anterior decisión se notificó a las partes mediante estado No. 016, que se fijó en la URL: https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-007-civil-del-circuito-de-bucaramanga el día de hoy, 04/02/2021.</p> <p> MARIELA MANTILLA DIAZ Secretaria</p>
