REPÚBLICA DE COLOMBIA

JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA
68001-31-03-011

Bucaramanga, veintiuno (21) de abril de dos mil veintidós (2022).

REF.: 2020-00197 00

ASUNTO: SENTENCIA ANTICIPADA

PRESUPUESTOS

Procede el Despacho a dictar sentencia anticipada en el proceso VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL promovido por SANDRA DÍAZ DELGADO contra la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., radicado al 680013103011 2020 00197 00.

El inciso tercero del artículo 278 del Código General del Proceso prevé, más que como posibilidad, como deber del Juez, que en cualquier estado del proceso se dicte sentencia anticipada total o parcial en los siguientes eventos:

«1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.
2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.
3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa».

De igual modo y como complemento de lo anterior, es pertinente traer a colación lo que viene reiterando la Corte Suprema de Justicia, en aquellos eventos o casos en los que existiendo pruebas por practicar, su desarrollo resulta inocuo o superfluo:

«…*el proferimiento de una sentencia anticipada, que se hace por escrito, supone que algunas etapas del proceso no se agoten, como una forma de dar prevalencia a la celeridad y economía procesal, lo que es armónico con una administración de justicia eficiente, diligente y comprometida con el derecho sustancial (…)*

La esencia del carácter anticipado de una resolución definitiva supone la pretermisión de fases procesales previas que de ordinario deberían cumplirse; no obstante, dicha situación está justificada en la realización de los principios de celeridad y economía que informan el fallo por adelantado en las excepcionales hipótesis que el legislador habilita dicha forma de definición de la litis.

Dentro del caso objeto de estudio, cabe el proferimiento de un fallo anticipado, debido a que conforme a las pruebas traídas al proceso por las partes, la situación de facto particular del sub judice (…), no es necesario adicionales elementos que permitan el convencimiento del fallador, siendo insustancial llevar el proceso, incluso hasta los alegatos de conclusión»[1].

En el mismo sentido puede consultarse un pronunciamiento más reciente[2]

Igualmente, la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de este Distrito Judicial, en sentencia vista la radicado interno 260 del 2020, radicado 680013103011 2018 00393 01, consideró:

«*La decisión del dispensador de justicia de primer grado de proferir la sentencia que se viene hablando sin el recaudo de ciertas pruebas – como interrogatorio de parte y testimonios – no es cuestión que merezca reprensión pues efectuado por el funcionario el análisis de suficiencia, conducencia y pertinencia que por disposición legal le asistía, respecto de las pruebas obrantes en el plenario y aquellas pendientes por practicar, nada impedía que procediera de la forma que lo hizo, pues no resultaba justificado extender el devenir del proceso hasta la realización de la audiencia prevista en el artículo 372 del C.G.P., cuando la prueba pendiente por practicar nada aportaría al resultado final del asunto*»

De cara a lo dispuesto en la norma citada y para el caso de marras, hay que precisar que las pruebas decretadas ya se recaudaron en su totalidad y se limitan únicamente

[1] Sala de Casación Civil, Sentencia SC 1902-19, M.P. Margarita Cabello Blanco.
[2] STC3333-2020- MP. Octavio Augusto Tejeiro Duque- 27/04/2020

a los interrogatorios de parte y a la documental decretada de oficio, que se recibió de parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. y está relacionada con la afectación de un anexo, su fecha de pago y monto.

Frente a esta probanza documental, resultaría inocuo surtir la contradicción poniéndola en conocimiento de la demandante y la compañía aseguradora para que se pronuncien frente a ella, porque al tratarse de un hecho ya aceptado por las partes en los interrogatorios de parte vertidos en la audiencia inicial, se traduce en un hecho probado, admitido y frente al cual no hay nada que agregar.

Ahora bien, frente al hecho de que el Despacho se releve de escuchar los alegatos de conclusión, esta omisión no afecta el resultado del mismo porque, como se dijo, las únicas pruebas decretadas ya se practicaron, no está pendiente la recepción de testimonios, contradicción de dictámenes ni alguna otra probanza que pudiera a alterar lo que a la hora de ahora ya se encuentra probado en el sumario, máxime en tratándose de la responsabilidad civil contractual, que se cimienta sobre un contrato de seguro que consta por escrito.

En suma, las pruebas recaudadas son útiles, necesarias e idóneas para resolver la controversia, justamente por la clase de responsabilidad que se depreca, esto es, la contractual, que deviene de la voluntad de las partes y que, en este caso, consta en documentos adosados al cartulario.

En consecuencia, este Despacho atiende a la disposición contenida en el artículo 278 del C.G.P. y procede a dictar sentencia anticipada.

A N T E C E D E N T E S

La actora menciona como hechos de su causa, que el 31 de marzo del 2009 adquirió la póliza de seguro de Vida No. 1530108135610 con SEGUROS BOLÍVAR S.A. para cubrir los daños causados por el riesgo – siniestro que afectara la vida e integridad física, incapacidad total y permanente, muerte accidental por desmembración y enfermedades graves. Los valores iniciales de amparo han ido aumentando en los 12 años que lleva SANDRA con la compañía, y actualmente la cobertura por vida es de $182.204.719, y por incapacidad total y permanente de $183.204.819.

En el anexo de *Enfermedades Graves e Invalidez* de la póliza se contrató el pago del valor estipulado en la condición SEXTA, si se acreditaba el diagnóstico médico de, entre otros, *Invalidez por enfermedad*, ocurrido dentro de la vigencia del anexo y conforme a las definiciones de la condición TERCERA.

El 4 de abril del 2018 la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE SANTANDER determinó que SANDRA tiene una pérdida de capacidad laboral del 43.31% y contra ese dictamen se presentó inconformidad, siendo reajustado el porcentaje a 58.48%, con fecha de estructuración el 22 de enero del 2014, dictamen que fue ratificado por la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ el 10 de abril del 2019. Ante esta situación, el 8 de mayo del 2918 SANDRA presentó reclamación para el pago del valor asegurado por el anexo de *Incapacidad Total y Permanente* incluido en la póliza, pero la aseguradora se lo negó por no haber reunido los requisitos contractuales, esto es, 180 días de incapacidad y que la asegurada de por vida no pueda desempeñar tres o más de las actividades básicas de la vida diaria (aseo personal, vestirse, comer, higiene, movilidad, traslados).

La demandante estuvo incapacitada desde febrero del 2013 a septiembre del 2014, superando los 180 días requeridos.

Con sustento en tales hechos, pretende que se declare que el contrato de seguro fue suscrito entre ella y la aseguradora demandada, y que la póliza No. 1530108135610 estaba vigente el 10 de abril del 2019 cuando se le calificó su pérdida de capacidad laboral; por ende, debe declararse que SANDRA DÍAZ DELGADO tiene el derecho de reclamar el valor asegurado como beneficiaria de la póliza de seguro de vida contratada por el amparo de *Incapacidad Total y Permanente,* y que se condene a SEGUROS BOLÍVAR S.A. a pagarle el valor asegurado en la suma de $183.204.819, más intereses moratorios, desde la fecha en que quedó en firme el dictamen hasta que pague la obligación.

T R Á M I T E

Admitida la demanda por auto del 23 de noviembre del 2020 *(PDF005)*, la pasiva la contestó en el término de traslado, informando que el 31 de marzo del 2019 se cambió el plan de seguro y la póliza pasó a identificarse con el No. 153010 84489, y que en la renovación de la vigencia de 2018 a 2019 el anexo de ENFERMEDADES GRAVES ya estaba excluido; además, a través del tiempo se excluyeron algunas coberturas y se realizó una modificación de beneficiarios.

La póliza inicialmente contaba con el anexo de ENFERMEDADES GRAVES, cuya transcripción en la demanda corresponde al plan *Viva la Vida Mujer* (Póliza 153010 84489) que no se contrató cuando inició el 31 de marzo del 2019; sin embargo, el anexo que SANDRA quiere afectar es el de *Incapacitad Total y Permanente*. Alega que las valoraciones que se hacen para determinar la pérdida de capacidad laboral para efectos de acceder a la pensión de invalidez no son las mismas que se hacen para determinar la obligación de cobertura de una póliza de seguro por *Incapacidad total y permanente*, pues el contrato no se regula por las normas de la seguridad social. Por ende, la objeción a la reclamación se fundó en las condiciones del anexo de *Incapacidad total y permanente* pues, aunque Sandra sí estuvo incapacitada, no acreditó el impedimento para desempeñar por sí sola al menos tres de las seis actividades básicas de la vida diaria.

Se opone a la pretensión que refiere al derecho de cobertura de seguro a favor de SANDRA DÍAZ DELGADO, a la del pago del valor asegurado y sus intereses. Formuló las excepciones de fondo que rotuló:

INEXISTENCIA DE PRUEBA DE LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, fundada en la falta del cumplimiento de los requisitos establecidos en el contrato para la acreditación de la ocurrencia del siniestro, precisando que el dictamen de pérdida de capacidad laboral no suple esta probanza.

PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN EN CONTRA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que finca en el hecho de que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral fue el 22 de enero del 2014, habiendo transcurrido ya el término de prescripción de que trata el artículo 1081 del C. Co., pues la demanda inició el 15 de octubre del 2020.

CUALQUIER OTRA QUE DETERMINE QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. NO ESTÁ OBLIGADA A ATENDER LAS PETICIONES DE LA DEMANDANTE.

P R O B L E M A J U R Í D I C O

El problema jurídico que determinó el Despacho en la audiencia inicial fue establecer si la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. está obligada, en virtud del contrato de seguro de vida en el que es asegurada SANDRA DÍAZ DELGADO, a pagar el valor asegurado por haberse presentado el diagnóstico médico de *Invalidez por Enfermedad*, de que trata el anexo de *Enfermedades Graves* de la póliza, por haber sido dictaminada con pérdida de la capacidad laboral del 58,48% con fecha de estructuración el 22 de enero del 2014, o si por el contrario, el siniestro no ha ocurrido conforme a las condiciones pactadas en el contrato de seguro.

Y si es del caso, determinar si operó la prescripción de la acción a favor de la compañía aseguradora.

C O N S I D E R A C I O N E S

El contrato de seguro está regulado en los artículos 1036 y ss. del Código de Comercio es uno consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de ejecución sucesiva y nominado, suscrito por una parte denominada *asegurador* y otra llamada *tomador*; sus elementos esenciales son: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador.

En palabras de la Corte Suprema de Justicia, el contrato de seguro es

«…aquél por medio del cual una de las partes, el tomador, traslada hacia el patrimonio de otra, la aseguradora, los riesgos que pesan sobre un interés determinado y ésta los asume, a cambio de un precio llamado prima.

Uno de tales mecanismos es el contrato de seguro, evento en el que la asunción del riesgo no significa para ésta la ruina, ni una pérdida exagerada, en la medida en que se espera que los muchos clientes y las ganancias ingentes de la operación amorticen con creces los pocos siniestros que se den, y cuyos propósitos benéficos para la economía de un país exigen, como presupuesto de éxito, la solidez financiera de las aseguradoras. De allí que no pueda tomarse a éstas, bajo ningún punto de vista, como entidades de beneficencia, ni al contrario de seguro ***sino como una figura propia del Derecho mercantil****»*[3]*.*

Algunos autores le dan el carácter de ser un **contrato de adhesión**, ya que por lo general sus cláusulas no son discutidas por las partes, sino que el tomador se somete a las condiciones del asegurador o entidad aseguradora. También se le ha dado el carácter de **indemnizatorio**, pues lo que se busca con el contrato de seguro es que se le repare el daño al asegurado cuando el siniestro ocurra, hasta el monto del valor asegurado, que es a lo que está obligado el asegurador.

El contenido del contrato de seguro debe sujetarse a lo dispuesto en el artículo 1047 ibidem, en concordancia con el artículo 44 de la Ley 45 de 1990, este último que establece que:

1º) Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, a la presente Ley y demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia en la estipulación respectiva.
2º) Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y
3º) Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.

En cuanto a los anexos y renovaciones de la misma, en ellos se debe indicar *«la identidad precisa de la póliza a que acceden»,* y en las renovaciones es necesario que conste el término de ampliación de la vigencia y, si no se incluye, *«se entenderá que la ampliación es por un término igual al del contrato original» (art. 1049 C. Co.).*

El artículo 1054 *ejusdem* define al riesgo como «*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».*

Y el artículo 1602 del C.C., determina que *«Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales».*

Finalmente, sobre la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de que trata el artículo 1081 del C. Co., en la **Sentencia SC-4904 del 4 de noviembre del 2021, M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque** se explicó que existe una prescripción ordinaria de dos años que es de naturaleza subjetiva, *«sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces,* [y] *empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer "el hecho base de la acción" y el término para su configuración»*; la prescripción extraordinaria por su parte, es de cinco años y tiene un carácter objetivo, *«corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces,* [y] *empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho»*.

[3] Bohórquez, Antonio. De los negocios jurídicos en el derecho privado colombiano. Volumen 3. Bogotá, Ediciones Doctrina y Ley (2014). Pág. 291-292.

D E L C A S O C O N C R E T O

En primer lugar, el Despacho analizará si se configura o no la excepción de prescripción de la acción que propuso el demandado, teniendo en cuenta que el hecho base de la demanda es la existencia de un dictamen de pérdida de capacidad laboral de SANDRA DÍAZ DELGADO.

La demandante fue calificada inicialmente por la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. **en su calidad de administradora de riesgos laborales** (ARL) – *no de contratante de seguro de vida* – con un 43,43% de pérdida de capacidad laboral, porcentaje con el que sin duda no alcanzaba el mínimo necesario para acceder al beneficio de pensión que el Sistema General de Seguridad Social prevé en estos casos.

El 4 de abril del 2018 la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander resolvió la inconformidad presentada por SANDRA contra el referido dictamen de la ARL, y emitió el Dictamen No. 63494785-709 en el que se determinó una pérdida de capacidad laboral del 58,48% estructurada el 22 de enero del 2014, causada por una enfermedad de origen común, que le produce una invalidez para la que en todo caso, no requiere ayuda de terceros en actividades básicas cotidianas y actividades de la vida diaria, según consignó el grupo calificador conformado por dos médicos y una psicóloga *(pág. 31 a 37, PDF001)*.

La Administradora de Fondos de Pensiones Colfondos apeló el dictamen de la Junta Regional y, al llegar a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, este fue confirmado mediante dictamen No. 63494785-6601 del 10 de abril del 2019, fecha que corresponde a aquella en la que la demandante tuvo conocimiento razonable del hecho que podría configurar el siniestro cuya cobertura asegurable reclamó ante la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. y que sustenta su pretensión en esta demanda.

Es a partir de esa fecha, 10 de abril del 2019, y no de la estructuración de la enfermedad, que comenzaba a correr el término de dos años de prescripción ordinaria y cinco de extraordinaria de que trata el artículo 1081 del C. Co., porque la fecha de estructuración corresponde a aquella en la cual se presentó el primer síntoma de la enfermedad, mientras la fecha del dictamen es cuando las partes tienen certeza del porcentaje de la pérdida de capacidad laboral que les permita adelantar acciones con sustento en él. Al respecto, en sentencia SL-5072 del 21 de noviembre del 2018, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia concluyó:

> *«Lo anterior significa que desde el momento en que el trabajador sea calificado por un organismo científico que determine la pérdida de capacidad laboral, su grado, estructuración y origen, se debe contabilizar el plazo para que opere el fenómeno extintivo, dado que solo a partir de tal fecha se puede establecer y dimensionar la magnitud del daño».*

En el caso *sub judice*, el término de prescripción se interrumpió del 1 al 28 de septiembre del 2020, que corresponde al que transcurrió entre la presentación de la solicitud de audiencia de conciliación prejudicial en la Notaría Novena de Bucaramanga y la expedición de la constancia No. 00299 de no acuerdo *(pág. 5 al 13, PDF001).* En consecuencia, para la fecha de presentación de la demanda, ninguna prescripción se había configurado.

Es necesario en todo caso precisar que la reclamación que SANDRA presentó a la aseguradora el 8 de mayo del 2018, se cimentó en el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander de fecha 4 de abril del 2018, que no se encontraba en firme y no existe prueba de que, con la reclamación, se haya informado a la aseguradora que el mismo estaba surtiendo apelación ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

En todo caso, como para la prescripción se tiene en cuenta es el dictamen de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez que llegó a zanjar la controversia sobre el porcentaje de pérdida de capacidad laboral de la tomadora del seguro aquí demandante, es a partir de su emisión el 10 de abril del 2019, se itera, que se

contabiliza el término de la prescripción, sin que para el 15 de octubre del 2020, fecha de presentación de la demanda, ni siquiera se haya cumplido el término de la prescripción ordinaria.

En síntesis, no se encontró configurado el fenómeno de la prescripción de la acción frente al contrato de seguro, que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. formuló como excepción de fondo.

A continuación se estudiará el problema jurídico, que se circunscribe a determinar si la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., en virtud del contrato de seguro de vida tomado por SANDRA DÍAZ DELGADO, está obligada a pagar el valor asegurado por haberse presentado el diagnóstico médico de *Invalidez por Enfermedad*, de que trata el anexo de *Enfermedades Graves*, por haber sido dictaminada con pérdida de la capacidad laboral del 58,48% con fecha de estructuración el 22 de enero del 2014, o si por el contrario, el siniestro no ha ocurrido conforme a las condiciones pactadas en el contrato de seguro.

SANDRA DÍAZ DELGADO contrató con la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. la póliza de vida individual denominada Renta Mensual No. 1530-1081356-1 que incluía las siguientes coberturas para la vigencia del 31 de marzo del 2009 al 31 de marzo del 2010: el amparo básico de riesgo de muerte, y los amparos adicionales o anexos de: accidentes personales, enfermedades graves como suma adicional, enfermedades graves e invalidez como anticipo, incapacidad total y permanente *(págs. 30 a 32, PDF009 y pág. 73 – 74, PDF001)*.

La póliza siguió cubriendo el riesgo de muerte (seguro de vida básico) y los cuatro anexos enunciados, en las cuatro vigencias posteriores, hasta la renovación que venció el 31 de marzo del 2014 *(pág. 60 a 67, PDF009)*.

Según manifestaron ambas partes en los interrogatorios vertidos en audiencia anterior y conforme a la prueba documental decretada de oficio *(PDF020)*, el 14 de mayo del 2013 la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. pagó a favor de SANDRA DÍAZ DELGADO la cobertura por el diagnóstico de cáncer y que afectaba el anexo de ENFERMEDADES GRAVES, por la suma de CUARENTA Y OCHO MILLONES CIENTO SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS ($48.172.785). Esto causó que, para la siguiente vigencia, SANDRA dejara de pagar la prima por este anexo, y que el este fuera excluido de la póliza. En palabras de la demandante:

> *«Cuando yo tomé la póliza decían que por una enfermedad grave estaba pagando un extra para que cuando me diagnosticaran, me pagaran ese valor por esa enfermedad, pero que tenía que ser, no un cáncer incipiente. Yo envié los papeles y me pagaron esa cobertura, pero era por un valor aparte que yo estaba pagando, pero del resto de la póliza no me quitaron ni me modificaron nada. El pago extra que yo daba por cáncer me lo quitaron cuando me hicieron el pago, como desde 2013-2014, pero que el resto de enfermedades siguió igual siempre, nunca se modificó nada»*

Según la cláusula SÉPTIMA del anexo de ENFERMEDADES GRAVES de la Póliza contratada inicialmente *(pág. 53, PDF009)*, se pactó:

> *«AJUSTES Y DEDUCCIONES DE LA PÓLIZA.*
> *La indemnización por el Anexo de Enfermedades Graves, una vez efectuado el pago del ciento por ciento (100%) del valor asegurado correspondiente, producirá la terminación automática de este amparo».*

Este pago de la cobertura por ENFERMEDADES GRAVES a causa del diagnóstico de cáncer causó, conforme se pactó en el contrato de seguro, la terminación del anexo y por ende, para sexta renovación de la póliza, vigente del 31 de marzo del 2014 al 31 de marzo del 2015, sólo quedaban incluidas las coberturas del riesgo de vida básica y los tres anexos restantes contratados: muerte accidental, desmembración, e incapacidad total y permanente *(pág. 68 – 69, PDF009)*.

Para la séptima renovación, vigente del 31 de marzo del 2015 al 31 de marzo del 2016, los amparos cubiertos eran los de vida básica, y los anexos de muerte accidental, e incapacidad total y permanente. Esta cobertura continuó vigente en las

siguientes renovaciones acreditadas en el proceso, hasta el 31 de marzo del 2020 *(pág. 72 a 79, PDF009)*.

Los certificados de renovación en donde consta el número de la póliza, la vigencia de la misma, los datos del asegurado y sus beneficiarios, los amparos que cubre y la liquidación del costo de la prima, eran los que la demandante recibía en su domicilio y actualmente por correo electrónico, tal como lo aceptó en su interrogatorio:

> *«Al principio llegaban en físico las 2 hojas y ya de unos años para acá llegan es por correo las 2 hojitas».*

Esto quiere decir que cada año en que se renovaba el contrato de seguro, la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. remitía a la demandante la documentación pertinente para mantenerla informada, entre otras cosas, de los amparos cubiertos por la póliza según las modificaciones que se hubieren pactado entre los contratantes y las que ella hubiere solicitado de manera voluntaria, como por ejemplo, el cambio de beneficiarios y la exclusión del anexo pluricitado por pago de la cobertura.

Encuentra contradictorio el Despacho que SANDRA, luego de aceptar que recibió el pago por el diagnóstico de cáncer incluido en el anexo de ENFERMEDADES GRAVES, se contradijo al ser interrogada sobre las coberturas vigentes luego de ese pago, pues primero aseguró que *«Desde 2014 no volví a pagar, para que me pagaran como algo aparte si llegaba a tener alguna enfermedad de cáncer (…). Eso era un pago adicional (…), pero la póliza por el resto de las cosas sigue igual»* y luego, en la misma respuesta afirmó *«Yo seguí pagando por enfermedades, todo el resto de la póliza seguía igual»*.

Con esta respuesta es claro que, pese a que en los certificados de renovación que se le venían entregando del producto P842 Póliza Renta Mensual No. 153010 8135603 no aparecía incluido el anexo de ENFERMEDADES GRAVES por haber sido excluido por pago, y que la demandante dice que no volvió a pagar prima por ese anexo, SANDRA a su vez creía que la cobertura del contrato de seguro continuaba igual, cuando lo cierto es que, habiendo sido pagado por la aseguradora el riesgo de cáncer como siniestro cobijado por el anexo de ENFERMEDADES GRAVES, no se le volvió a cobrar prima por este anexo y, en cumplimiento de la condición SÉPTIMA del contrato relacionado con este anexo, al haberse producido y pagado el riesgo, este quedó excluido para las vigencias posteriores.

El 4 de abril del 2018, SANDRA DÍAZ DELGADO fue calificada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander con una pérdida de capacidad laboral del 58,48% estructurada el 22 de enero del 2014, determinándose allí el nivel de pérdida como invalidez de riesgo común. Se consignó además que no requiere ayuda de terceros para actividades básicas cotidianas (abc) y actividades de la vida diaria (avd), ni para la toma de decisiones, y no requiere de dispositivos de apoyo *(pág. 37, PDF001)*.

Con sustento en esa calificación, el 8 de mayo del 2018 la demandante SANDRA DÍAZ DELGADO presentó reclamación ante la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. para el pago de la cobertura del riesgo por el amparo de **vida**, e indicó que la causa de la reclamación es **enfermedad**, la que describió indicando que fue diagnosticada en enero del 2013 con cáncer de mama derecho lobulillar infiltrante, artrosis generalizada, dolor crónico debido a la artrosis, limitación para la movilidad en hombros (dere-izq), en columna, fibromialgia e hígado graso; precisó además que estaba recibiendo tratamiento farmacológico por esa enfermedad *(pág. 18, PDF001)*.

El 29 de mayo del 2020 la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. le informó a SANDRA que la póliza de vida 15301081356 expedida el 31 de marzo del 2019 con el producto 842 Renta Mensual, tenía un valor asegurado de $100.000.000 y que **para la vigencia que comenzaba el 31 de marzo del 2019** se contrató previamente el cambio de producto, pasando al 942 denominado *Viva la Vida Mujer*, y el número de la póliza en adelante se identificaría con el No. 15301084489 *(pág. 26, PDF001)*. Este cambio de producto consistió en la inclusión o contratación de un anexo denominado ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ, pero no implicó la modificación de la cobertura de vida principal, ni de los anexos que no se habían excluido.

En el hecho TERCERO de la demanda queda claro que la intención de la asegurada es reclamar el amparo de *Invalidez por Enfermedad*, que hace parte del anexo de

ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ del producto 942 Plan *Viva la Vida Mujer*, que cubría las siguientes enfermedades *(pág. 249, PDF001)*:

1.1. Infarto del miocardio
1.2. Cáncer
1.3. Accidente cerebrovascular
1.4. Insuficiencia renal crónica
1.5. Cirugía de revascularización miocárdica
1.6. Trasplante de órganos vitales
1.7. ***Invalidez por enfermedad***
1.8. Invalidez por accidente

Este hecho es cierto, pero el anexo de ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ que incluía la causal de *Invalidez por Enfermedad*, se contrató para que comenzara su vigencia desde el 31 de marzo del 2019.

Lo dicho trasunta permite concluir en primer lugar, que con la reclamación que se formuló el 8 de mayo del 2018, no se podía afectar nuevamente el anexo de ENFERMEDADES GRAVES de la póliza Renta Mensual No. 1530-1081356 que se enuncia en el hecho SEGUNDO, porque este anexo había sido excluido desde la vigencia que inició el 31 de marzo del 2014 (sexta renovación) en razón de haberse pagado la cobertura por el diagnóstico de cáncer.

En segundo lugar, tampoco es posible que la reclamación del 8 de mayo del 2018 pueda pretenderse, como se hace en esta demanda, con sustento en el Anexo de ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ de la Póliza *Viva la Vida Mujer No. 15301084489*, porque este anexo se contrató para la vigencia que comenzaba el 31 de marzo del 2019.

Nótese cómo en el certificado de seguro de Póliza No. 15301064489 **11** *(pág. 78 - 79, PDF009)*, vigente del 31 de marzo del 2019 al 31 de marzo del 2020, los dos últimos dígitos indican que corresponde a la décimo primera renovación; en el extremo superior derecho aparece el código P942-0 que corresponde al producto 942 Plan Viva la Vida Mujer, y en el aparte de OBSERVACIONES, se hizo constar:

> «**CONVERSIÓN PÓLIZA** SEGÚN CAMPAÑA SIEBEL 11090420542 – CERTIFICADO DE SEGURO»

Por ende, las condiciones generales del anexo de ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ de la Póliza que dejó de llamarse *Renta Mensual*, y comenzó a denominarse *Viva la Vida Mujer* desde el 31 de marzo del 2019 *(pág. 80 a 84, PDF009)*, correspondían a la misma póliza inicial, con la precisión de que ya no contaba con el anexo de ENFERMEDADES GRAVES que había sido excluido por pago del riesgo, pero sí incluía, en adelante, el anexo ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ adquirido por SANDRA en 2019.

De lo anterior se deriva que no pueda pretenderse con esta demanda, el pago de la cobertura de *Invalidez por Enfermedad* que se refiere en el hecho TERCERO porque este hace parte del anexo de ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ que comenzó su vigencia el 31 de marzo del 2019, y tampoco puede afectarse con esta reclamación el anexo de ENFERMEDADES GRAVES que se enuncia en el hecho SEGUNDO como parte del riesgo asegurado, por estar excluido desde el 31 de marzo del 2014.

En suma, el problema jurídico que se estableció en este proceso, se resuelve de manera desfavorable a las pretensiones de la demanda, pero como la resolución no se ajusta a las dos excepciones propuestas por el demandado, el Despacho declarará de oficio, y conforme también lo excepcionó la demandada, que se configuró la excepción de fondo INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DEL SEGURO POR EXCLUSIÓN DEL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, Y POR LA NO VIGENCIA, PARA LA FECHA DE LA RECLAMACIÓN, DEL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ, a la luz de lo reglado por el artículo 282 del CGP., con la consecuente condena en costas a cargo de la demandante.

DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E:

PRIMERO.- DECLARAR probada de oficio la excepción de fondo de INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO DEL SEGURO POR EXCLUSIÓN DEL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, Y POR LA NO VIGENCIA, PARA LA FECHA DE LA RECLAMACIÓN, DEL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ.

SEGUNDO.- Como consecuencia de la anterior declaración, NEGAR todas las pretensiones de la demanda.

TERCERO.- CONDENAR en costas del presente proceso a la parte demandante de conformidad con el Acuerdo PSAA16-10554 del 5 de agosto del 2016 del Consejo Superior de la Judicatura; se fijan como agencias en derecho a favor de la parte demandada la suma de SEIS MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($6.412.500). Liquídense.

CUARTO.- En firme la presente determinación, dese por finalizado el asunto en el Sistema de Gestión de procesos SIGLO XXI, de igual manera procédase con el **ARCHIVO**.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,
LEONEL RICARDO GUARÍN PLATA
JUEZ

Para notificación por estado 028 del 22 de abril de 2022.

Firmado Por:

Leonel Ricardo Guarin Plata
Juez Circuito
Juzgado De Circuito
Civil 011
Bucaramanga - Santander

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:
c14aa359b4bb665e40f2494343973bd4f12a4d79fc3ebd152f8a9161eda63b3e
Documento generado en 21/04/2022 04:08:08 PM

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