

REPUBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD
DE BARRANQUILLA

RADICACION: 08001-40-53-004-2018-00662 -01

PROCESO: VERBAL

DEMANDANTE: GUSTAVO ANDRES TELLEZ HERRERA-

DEMANDADO: BANCO POPULAR. Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

BARRANQUILLA, VEINTIDOS (22) DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTITRES (2023)

ASUNTO A TRATAR

Procede el Despacho a decidir el recurso de apelación de apelación interpuesto por el apoderado de la parte demandante contra la sentencia proferida en fecha 15 de octubre de 2021 por el JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA dentro del proceso de la referencia.

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

Señala el demandante que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., suscribió con el BANCO POPULAR, el seguro de vida grupo deudores N. GRD-464, póliza a la cual ingresa GUSTAVO ANDRES TELLEZ HERRERA el 28 de octubre de 2016, con motivo de la adquisición de obligación crediticia con el BANCO POPULAR.

Al momento de ingresar no le hicieron diligenciar ningún formato o solicitud de seguro donde declarara su estado de salud y le dijeron en el BANCO POPULAR que la póliza cubría todas las preexistencias y todas las discapacidades y enfermedades anteriores a la fecha de tomar el seguro.

El crédito para ser aprobado pasó por muchos protocolos como la verificación de su información personal y laboral, información que fue otorgada por el de manera clara, diáfana, precisa legal y con ubérrima buena fé. El banco Popular y Seguros Alfa aceptaron que no tenía ningún tipo de inconveniente para ingresar a la póliza de seguros.

Durante la celebración del contrato le ofrecieron un segundo seguro el cual era voluntario, seguro de desempleo, y accedió a tomarlo, por el cual le hicieron pagar un monto considerable de dinero, seguro que nunca le fue suministrado. El demandante no firmó la solicitud de ingreso individual ; cuando suscribió los documentos de la obligación simplemente le informaron que a partir de ese momento había ingresado a un seguro colectivo .

La empresa aseguradora no le realizó exámenes ni al ingresar ni después de su ingreso a la póliza , ni le exigieron que allegara uno. No establecieron causales de exclusión o preexistencias, no pidió de antemano historias clínicas.

El demandante fue notificado el 26 de diciembre de 2016 de dictamen de 22 de diciembre de 2016 que declaró incapacidad permanente e invalidez – No Apto, presentando una disminución de la capacidad laboral del 91.59%, procediendo a radicar reclamación del pago de los dos seguros en oficina del banco Popular , aparejando documentos y anexos que exceden en demasía las dos únicas cargas impuestas por el artículo 1077 del C. de Comercio .

En 31 de enero de 2017 Seguros de Vida Alfa de manera equivocada, negligente y de mala fe que objetaba de manera oportuna seria y fundada la reclamación toda vez que el evento reclamado carece de cobertura toda vez que al momento de ingresar a la póliza ya había sido calificado el 03 de septiembre de 2015.

El demandante reitera su reclamación el 16 de febrero de 2017; la aseguradora el 17 de marzo de 2017 suscribe respuesta tratando de confundir al asegurado, demostrando mala fe le dice que en hechos presentados en 9/23/2015, y resulta que la fecha del siniestro es la que está demostrada con el dictamen de 22 de diciembre de 2016.

El demandante eleva petición para que se le entregara documentación pero el banco Popular no entrega la póliza banca seguro o seguro de desempleo.

En 13 de junio de 2017 eleva por tercera vez reclamación para hacer efectiva las pólizas; el 7 de julio de 2017 el banco Popular responde lo mismo que la aseguradora había respondido en meses anteriores para objetar la reclamación .

El Ministerio de Defensa Policia Nacional mediante Resolución 03448 de Julio 26 de 2017 le retira del servicio activo por incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez citando cómo ocurrencia del siniestro el acta de junta médica laboral de policía No. 12757 de 22 de diciembre de 2016; las patologías constan en esa acta expedida estando vigente la póliza de seguro; las patologías no fueron excluidas al tomarse la póliza y no hay pruebas de que se hubiere practicado por parte de las demandadas algún tipo de examen con el fin de esclarecer si el tomador del seguro en ese entonces padecía esas enfermedades.

Cómo pretensiones solicita el demandante se declare la responsabilidad civil contractual de las demandadas, condenándolas a pagar los amparos y coberturas contratadas en las pólizas; se condene a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., a pagar al BANCO POPULAR el saldo insoluto de la obligación crediticia, y a pagar en favor de quién corresponda los intereses moratorios sobre todas las cuotas que el deudor asegurado pagó al Banco Popular; condenar a las demandadas a devolverle al deudor asegurado, todas las cuotas que este haya pagado desde la fecha que señala el artículo 1080 del C. de Comercio con sus intereses moratorios; condenar a Seguros de Vida Alfa S.A., a pagarle el valor asegurado por el riesgo de incapacidad total y permanente que se desprende de la póliza banca seguros y a pagarle \$380.407 mas sus intereses por concepto de la conciliación extrajudicial en derecho.

Notificado el BANCO POULAR contesta la demanda, oponiéndose a todas las pretensiones y formulando las excepciones de mérito de; Inexistencia de Causa para pedir, Inexistencia de Contrato de Seguro entre el Deudor y el Banco, Inexistencia de Obligación de Indemnización, Falta de Legitimación en Causa por Pasiva, Inexistencia de Riesgo Asegurado, Inexistencia de Siniestro en la relación contractual aseguradora, Imposibilidad de asegurar hechos pasados, Provecho del demandante de su Falsedad y/o Incumplimiento.-

Notificada la demandada SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., contesta la demanda oponiéndose alas pretensiones y formulando las excepciones de mérito; Ineficacia del Contrato de Seguros por Inexistencia del Riesgo Asegurable, Falta de Cobertura Temporal de la Póliza, Falta de Cobertura de la Póliza expedida por Seguros de Vida Alfa S:A., por no generarse la incapacidad en vigencia de la misma, Exclusión Expresa Establecida en la Póliza GRD 464, Pérdida del derecho a la Indemnización: Caducidad del Contrato de Seguros por violación del principio de la Buena Fe, El Valor Asegurado lo constituye el saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro.-

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

En sentencia de 17 de octubre de 2021, según acta que figura en el plenario, la jueza ad-quo, resuelve:

PRIMERA: DECLARAR PROBADAS LAS EXCEPCIONES de MERITO planteadas por BANCO POPULAR -INEXISTENCIA DE CAUSA PARA PEDIR y por SEGUROS DE VIDA ALFA S.A—INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO POR INEXISTENCIA, COMO DEMANDADA Y LLAMADA EN GARANTIA.

SEGUNDA: Como consecuencia de la anterior declaración, desestimar las pretensiones de la demanda, por los motivos señalados en la parte motiva de esta providencia.

Manifiesta la jueza de primera instancia en apartes pertinentes:

“...ante la prueba de infundable de este hecho, no puede aplicarse favorablemente la jurisprudencia nacional a favor del argumento del demandante dado que este caso puntual difiere de las ratios, decidiendo de los precedentes jurisprudenciales alegados en la demanda porque se encuentra probado que el demandante conocía a plenitud su estado de salud antes de la suscripción del contrato de seguro y pretende alegar la ocurrencia del hecho con posterioridad a la suscripción de la póliza basado en la de declaratoria de incapacidad permanente e invalidez de fecha 22 de septiembre de 2016, dictamen que se dio a raíz de diferente tratamientos por diferente padecimiento, incluso cuando hubo dictamen médico de pérdida de la capacidad laboral en años anteriores, demostrándose tal que era su conocimiento que no tuvo interés siquiera en apelar la resolución durante los cuatro meses siguientes que le concedieron, por el contrario, mediante escrito de fecha 28 de abril de 2017, manifestó estar conforme con la decisión.

Lo que sí está claro es la existencia de un siniestro o suceso anterior a la suscripción del contrato e préstamo por póliza por libranza amparado en la póliza de seguro.

En conclusión, claramente se encuentra demostrado que el señor Gustavo Téllez Herrera conocía sus lesiones o afecciones previo a la declaración de asegurabilidad que esta sea declarada, expresa o tácita no es ningún problema para tomar el seguro de vida de deudores. Tanto es así que dichas preexistencias no pueden estimarse como enfermedades silenciosas respecto a los cuales no tenía posibilidad de conocer completamente la información., pues claramente conforme a la historia clínica de tiempo atrás habían sido motivo para acudir a los diferentes médicos especialistas, al punto de que dicha información reportada en las actas o resoluciones expedidas por la Junta médica de la Dirección de Salud de Sanidad de la Policía Nacional para la valoración de la pérdida y la capacidad laboral, padecimientos relevantes al momento de la Declaración de asegura habilidad Sea tácita o sea expresa

Es de anotar que en el presente caso. El demandante no cumplió con la carga que le impone el art 177 de 167 del Código General del Proceso demostrar que sus padecimientos se dieron con posterioridad a la suscripción de su crédito por libranza es decir se iniciaron previo a 26 de octubre de 2016 cuando suscribió el crédito con el Banco Popular, quizá si la aseguradora e incluso el Banco hubiese tenido conocimiento de tales padecimiento, otra sería el valor asegurado, la cuota a pagar o quizás ni se hubiera otorgado el crédito. Colorario de lo anterior, resulta claro que las pretensiones deben ser desechadas a declararse que se configuran los medios de exceptivos de las primeras excepciones planteadas por la demandada Banco Popular. Inexistencia la causa para pedir y la presentada por la demandada y llamada en garantía seguros de vida Alfa. Ineficacia del contrato de seguro por inexistencia de riesgo asegurable al encontrarse que al haberse dado en un nombre o en una denominación diferente el fundamento de las dos excepciones a que se hace referencia son los mismos en consecuencia y teniendo en cuenta lo contemplado en el art 306 CGP el juzgado se abstiene de examinar las demás excepciones por sustracción de materia es de anotar que las excepciones planteadas y probadas hacen referencia además del seguro grupal póliza banco seguros o seguro de desempleo por la suma de 20 millones pues no se demostró la ocurrencia de un hecho generador de una incapacidad total por accidente

CONSIDERACIONES

De acuerdo con la sentencia No. 002 de 24 de enero de 1994 de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, el contrato de seguros es aquel negocio jurídico “en virtud del cual

una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuesto en que se les llama de “daños” o de “indemnización efectiva”, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro (...)

El artículo 1058 del Código de Comercio consagra la declaración del tomador sobre el estado de riesgo, señalando que éste se encuentra obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario propuesto por el asegurador.

De acuerdo con las sentencias proferidas por la Corte Suprema de Justicia, el artículo en mención debe ser analizado bajo el principio de la buena fe propio de los contratos de seguro, ya que al efectuarse la declaración se establece el nivel de riesgo que asume la entidad aseguradora, se estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y el valor de la póliza.

Bajo éste entendido el artículo 1058 del Código de Comercio establece que el objeto de la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo es que el asegurador se retraiga de celebrar el contrato (desistir de su celebración) o estipule condiciones más onerosas (asumir el riesgo y así tasar adecuadamente la prima).

Señala el recurrente que a jueza ad-quo incurre en indebida valoración probatoria al dar por probada presunta reticencia del demandante al no declarar su estado de salud al momento de la celebración del contrato de seguro, afirmando el recurrente que: *ni la aseguradora ni el banco demandado, -como se probó- jamás se interesaron en evaluar el estado del riesgo que se pretendía asegurar, pues ni siquiera le pusieron de presente una declaratoria de asegurabilidad al demandante, así como tampoco le exigieron o solicitaron ningún examen de ingreso como condición para. el seguro*

Se afirma por el recurrente que, así mismo es de señalar que no hay prueba que demuestre que su representado ocultó su estado de salud.

Señala también el recurrente el haberse probado que el seguro tomado si cubría todo tipo de preexistencias, tal como así se puede establecer de la misma póliza en alusión, en sus condiciones particulares.

También arguye haberse probado que en vigencia del seguro y con posterioridad a la fecha de inclusión del demandante a la póliza de marras, su poderdante fue calificado y notificado el 26 de diciembre de 2016 del Dictamen No. JML N° 12757 de fecha 22 de diciembre de 2016, en virtud de la cual se le declaró una incapacidad permanente e invalidez – no apto para el servicio sin reubicación laboral, presentando una disminución de la capacidad laboral del 91.59%. – Que se acreditó que fue con fundamento en esta calificación, su representado el 5 de enero de 2017, ante el banco Popular radicó reclamación solicitando el pago de los dos (2) seguros, acompañando para ello la documentación respectiva, sin que existiera causa legal para negar su derecho.

Consideramos que acierta la jueza ad-quo, cuando declara próspera las excepciones a que hizo referencia y con soporte en las cuales despacha negativamente las pretensiones del demandante.

Es evidente, y la prueba así lo indica, que el demandante estaba al tanto de sus dolencias al momento de la celebración del contrato, dolencias que no pueden minimizarse pues, en realidad de verdad, con las mismas se había materializado el riesgo que se pretendía asegurar con el contrato de seguro antes de su suscripción.

La Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, en Sentencia SC3952-2022 de Diciembre 16 de 2022 Radicación n° 11001-31-03-032-2015-00397-01 M. P., Dr., AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO, se ocupa de este asunto de la materialización o existencia del siniestro antes de la suscripción del contrato de seguro:

“2. **Los elementos esenciales de todo contrato de seguro**, al tenor del canon 1045 del Código de Comercio, son el interés asegurable, **el riesgo asegurable**, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador de pagar el siniestro en caso de ocurrir el riesgo amparado, al punto que el inciso final de esa disposición prevé que **«[e]n defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno»**.

El segundo de esos elementos, el riesgo asegurable, es definido como «...**el suceso incierto** que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.» (Art. 1054 ibídem)

Y para clarificar ese concepto el mismo precepto legal, de forma por demás tajante, consagró que **«[l]os 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.»

Entonces, el riesgo asegurable es un **hecho eventual** que no pende de la voluntad del tomador, asegurado, ni beneficiario, **y que una vez ocurrido configura el siniestro**1.

...

Lo anterior porque los actos deshonestos cometidos por los funcionarios de la demandada, previamente a la celebración del contrato de seguro de Responsabilidad Civil de Infidelidad y Riesgos Financieros N° 1750008-1, expedido por la promotora con vigencia inició el 15 de octubre de 2012, **no generan el siniestro amparado en tal convención si se trataba de una situación conocida por la convocada**

Es que **tal conocimiento**, no desvirtuado en el cargo en tanto fue planteado por la causal primera de casación -en la cual se parte de la aceptación de la situación fáctica establecidas en las instancias del proceso-, **resta eficacia al contrato de seguro en la medida en que evidencia que para la época de su celebración estaba ausente el riesgo asegurable, porque para ese momento el hecho eventual había ocurrido.** (Resaltos del juzgado)

Es sabido que con el contrato de seguros se ampara el riesgo de incapacidad total y permanente. La misma póliza de seguros, en sus condiciones particulares define la materialización de este riesgo como se aprecia en este pantallazo de documento presentado por el Banco Popular:

DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: ✓

Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado dentro de los límites de edad establecidos en las condiciones particulares del presente anexo, sufrida por un periodo continuo de ciento veinte (120) días, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de exclusiones, salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por éste, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales. ✓

La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la estructuración de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación, en el caso de que no se pueda establecer en el dictamen la fecha de estructuración, la fecha de ocurrencia del siniestro será la correspondiente a la de la emisión del dictamen, en ausencia de ésta, será la de la reunión de la autoridad calificador, y en ausencia de las anteriores, será la de la notificación del dictamen al asegurado. ✓

Cómo se puede apreciar, el riesgo consiste en la incapacidad sufrida por un período continuo de 120 días que le GENERE al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Es el caso que a la fecha de toma del seguro, en octubre 18 de 2016, el demandante presentaba incapacidad declarada desde el 03 de septiembre de 2015, es decir un período de mas de 120 días, exactamente de 395 días, siendo su porcentaje del 60,9%.

En efecto, según el Acta de Junta JML N.12757 de la Dirección de Sanidad Área de Medicina Laboral, correspondiente a Junta Médico Laboral practicada a GUSTAVO ANDRES TELLEZ HERRERA, fechada en Soledad en 22 de diciembre de 2016, este presentaba a esa fecha como antecedente, el habersele practicados la Juntas Medica Laboral 7641 de 03/09/2015, es decir 03 de septiembre de 2015, presentando Incapacidad Permanente Parcial de 60,8%.- Este documento fue aportado por el demandado Banco Popular.

Es claro, según dicho documento, es decir acta de junta médica labora, que el siniestro que se debía amparar con la póliza, en realidad ya se había materializado, ya había acaecido al momento de la suscripción de la póliza por el demandante..

DE esta manera, la incapacidad permanente parcia, dejaba de ser un suceso incierto, y por tanto, al ser una situación conocida por el asegurado, n podía generar el amparo de siniestro. Recordemos que, según la sentencia antes citada, es la realización del siniestro lo que da origen a la obligación del asegurador, de tal manera que no es posible exigirle al asegurador e amparo de un siniestro que ya se había realizado. Por ta razón, según la misma sentencia de la alta corte en seguida citada, el contrato de seguro perdía eficacia: "...en la medida en que evidencia que para la época de su celebración estaba ausente el riesgo asegurable, porque para ese momento el hecho eventual había ocurrido

La afirmación del demandante de que el siniestro no había aecido puesto que podía seguir trabajando a pesar de la incapacidad asignada del 60,8%, no tiene la virtualidad de incidir en la anterior conclusión, ya que en la definición del riesgo, no se tuvo en cuenta la aptitud para seguir laborando, ya que sólo se tuvieron en cuenta los extremos temporal, de un período continuo de 120 días, y la gradación de la incapacidad, igual o superior al 50%

Es claro pues que la decisión de la jueza ad-quo, debe ser confirmada, en la medida en que se basa en la ausencia de siniestro, como elemento cuya falta lleva a la ineficacia del contrato de seguro. Por tal razón, no es menester pronunciarse frente a las demás excepciones propuestas por los demandados y a las cuales hizo referencia el apelante en su sustentación.

Se condenará en costas al recurrente vencido.

Por las anteriores consideraciones, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Oralidad de Barranquilla, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de fecha 15 de octubre de 2021 por el JUZGADO CUARTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de instancia a la parte demandante. Señálense las agencias en derecho la suma de un (01) Salario Mínimo Legal mensual Vigente a incluir en la liquidación de costas a practicar de manera concentrada en el juzgado de primera instancia.

TERCERO. ORDENAR devolver lo actuado al juzgado de origen.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Firmado Por:

Javier Velasquez

Juez Circuito

Juzgado De Circuito

Civil 004

Barranquilla - Atlantico

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: **5f20893bfd1469aabab6f2c21e619c705baa174c247a832ddb4551a3eb34d3e**

Documento generado en 22/08/2023 09:05:44 AM

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