CENTRO DE SERVICIOS JUDICIALES CIVIL Y FAMILIA - MANIZALES

ACUSE DE RECIBIDO

FECHA: Miercoles 12 de Agosto del 2020
HORA: 10:54:53

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo(s) suscrito(s) a nombre de; LUIS FERNANDO MEJIA SERNA, con el radicado; 201800450, correo electrónico registrado; lfmserna@hotmail.com, dirigido(s) al JUZGADO 4 CIVIL DEL CIRCUITO.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (+57) 321 576 5914

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-20200812105453-31634

Señor
JUEZ CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
Manizales

REFERENCIA: Proceso Verbal de Incumplimiento de Contrato
Radicado: 2018 – 00450
Demandante: Luis Amado Velásquez Henao
Demandado: Allianz Seguros de Vida S.A.

LUIS FERNANDO MEJIA SERNA, mayor de edad, vecino de Manizales, identificado con la Cédula de Ciudadanía 10.226.383 de Manizales, portador de la Tarjeta Profesional Nº 20.063 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado Judicial de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, por medio del presente escrito procedo a sustentar en debida forma el **RECURSO DE APELACION**, presentado en contra de la sentencia dictada por ese despacho el día 12 de marzo de 2017.

El Señor Juez, procede en la parte considerativa a hacer referencia al contrato de seguro de vida, y el papel que desempeñan las Compañías de Seguros en la suscripción de los mismos.

Hace mención a la solicitud de seguro o declaración de asegurabilidad en esta clase de contratos, en especial en la etapa de contratación del mismo, responsabilidad extracontractual, manifestando que la Compañía de Seguros, se queda pasiva y no colabora con el cliente.

Que la Aseguradora debe informar e informase del riesgo que está asumiendo, que debe de haber cooperación de la Aseguradora.

Que la Compañía adopta una actitud rayara con la pasividad.

Que debe de haber una conducta mínima de las Aseguradoras en la etapa precontractual.

Reitera que la Compañía debe informarse sobre el estado del riesgo.

Que la compañía simplemente pone a disposición del asegurado un cuestionario, el cual es al arbitrio de éste, posición pasiva en la etapa precontractual.

Dice que la reticencia en la declaración del estado del riesgo en la etapa precontractual produce la nulidad relativa del contrato de seguro, y que la agravación del estado del riesgo, produce la terminación del contrato de seguro.

Todo lo anterior, con base en la cita de diversas sentencias de la Corte Suprema de Justicia de la Sala Civil.

Insiste en que la compañía no tuvo contacto con el asegurado al momento de la solicitud del seguro.

No se entiende lo que quiere decir o expresar el Señor Juez de que la compañía asume una actitud pasiva, que no coopera en la contratación del seguro, que no se pone en contacto con el cliente.

En los contratos de seguro, y concretamente en los seguros de vida grupo, cuando se trata de cuantías menores como lo fue en este caso, la Aseguradora a través de sus intermediarios de seguros, pone a disposición del cliente, potencial asegurado, un documento denominado solicitud de seguro, también llamado declaración de asegurabilidad.

El deber de información en el contrato de seguro de vida grupo contributivo.

El deber de información, expresión propia del principio constitucional de la buena fe, consagrado en el Artículo 83 de la Constitución Política de Colombia, y el Artículo 1603 del Código Civil, se entiende como la exigencia de:

"(....) dar noticia, informar, hacer saber a la contraparte de las circunstancias, cualidades y situaciones de hecho sobre el objeto del contrato, que permiten dentro del periodo precontractual, la determinación de la decisión de contratar en las condiciones que permitan satisfacer los propios intereses de los contratantes, como también la subsiguiente ejecución del contrato orientado al cumplimiento debido de las obligaciones a cargo, bajo los postulados de LA BUENA FE".

Es decir, el posible asegurado debe de informar a la Aseguradora todo lo atinente a su estado de salud pasado y presente.

Tal deber, debe observarse desde su aspecto positivo: dan información necesaria para la perfecta formación del consentimiento; y negativo: evitar dar información equivocada; su aplicación debe darse de manera sustancial y no simplemente formal, estando dotada de claridad, oportunidad y transparencia.

Es importante la adecuada información de quienes contratar, ya que ésta cumple con determinados fines: *"La información, es una herramienta que dota a los ciudadanos de poder en todas las etapas contractuales, antes, durante y con (en la) ejecución del contrato"* (Sentencia T-227 de 2016); de ella depende que el consentimiento esté debidamente formulado y la voluntad de quienes contratan no se encuentre viciada; por tanto la información pretende que el consumidor tenga un conocimiento suficiente para que expresa su consentimiento en forma libre y responsable.

En lo que atañe a los contratos de seguro, como ya se ha mencionado en este escrito, y lo ha reiterado la Corte Constitucional *"el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe"*, por lo que se espera que las partes, respecto de las condiciones del contrato deban de cumplir de manera más rigurosa con los deberes de lealtad y honestidad desde su celebración, hasta la ejecución del mismo (Sentencia T-437 de 2014), lo que implica tanto una obligación como un derecho para el usuario y la Aseguradora.

Para la afiliación del asegurado al seguro de vida grupo contributivo, se expide un certificado individual, no sin antes haber sido presentada una solicitud de parte del asegurado y tomador por escrito, para lo cual éste tomador, en este caso el intermediario de seguro debe indicarle y explicarle a este la información del contrato

de seguro solicitado, amparos, coberturas, valores asegurados, como efectivamente sucedió por la firma intermediaria LM Aseguramos Ltda., y como muy bien lo manifestó la parte demandante al absolver el interrogatorio de parte.

En dicho interrogatorio, el señor Luis Amado Velásquez, afirmó que él había suscrito la solicitud de seguro, también llamada declaración de asegurabilidad, pero que no había leído la misma.

Así las cosas, dicho señor no leyó, ni observó este documento que era fundamental para la expedición del seguro correspondiente, lo que era necesario e indispensable, teniendo en cuenta que antes de febrero, marzo de 2011, el señor Velásquez Henao había padecido una serie de alteraciones en su salud que necesariamente tenían que ser conocidas por la Aseguradora.

Si se observa con detenimiento esta solicitud de seguro, allí se solicita al asegurado de información sobre su verdadero estado de salud, enfermedades que ha padecido y otra serie de situaciones que hacen relación a sus condiciones de salubridad.

Tenemos entonces, que el contenido específico de la solicitud de seguro o declaración de asegurabilidad consiste en la comunicación de TODAS las circunstancias que en situaciones similares no se refutan conocidas por el asegurador, por ende la declaración del proponente, y eventual asegurado, constituye una declaración de ciencia receptiva, y no una mera declaración de voluntad, que se confunda con la oferta o propuesta del negocio y lo es porque va dirigida al asegurador para permitirle valorar en su justa medida la correspondencia entre el riesgo real y el riesgo representado, con miras no solo a fijar el valor de la prima, sino al inclinarlo a tomar la decisión de celebrar el contrato, por ende, por el lado activo o positivo, las declaraciones deben encajar con rigurosidad con la verdad; por el lado pasivo o negativo, no deben contener omisiones de hechos que el asegurados no conozca, que pudieran falsear la correcta percepción y apreciación del riesgo. En una frase de vivante, se resume excepcionalmente y de manera clásica, éste concepto:

El asegurado debe decir exactamente lo que declara y declarar exactamente lo que sabe.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, tenemos entonces que el señor Luis Amado Velásquez Henao, firmó el 17 de febrero de 2011, el documento denominado "*SOLICITUD SEGURO DE VIDA. CEERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS PERSONALES 00998*", dentro del cual estaba incluido en la parte final de este documento la "*DECLARACION DE ASEGURABILIDAD DEL GRUPO ASEGURADO*". al suscribir este documento, el cual en un aparte del mismo se dice: "*...Declaro que ningún miembro del grupo familiar porta armas en ejercicio normal de sus actividades, que a la fecha nos encontramos en buen estado de salud y por lo tanto la actividad física no se encuentra reducida ni padecemos ni nos ha sido diagnosticada ninguna enfermedad mental, cardiovascular, renal, cerebrovascular, pulmonar, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general cualquier tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de firma de este certificado, declaro que ninguno de los miembros del grupo asegurado practican deportes peligrosos y no los han tratado medicamente por enfermedades estipuladas en los clausulados de la póliza matriz a la cual accede este certificado*". (Subrayas fuera del texto)

Al haber suscrito como se dijo ésta declaración de asegurabilidad daba a entender que se encontraba en buen estado de salud, que no padecia ninguna enfermedad a la firma del documento, que como se dijo lo fue el 17 de febrero de 2011.

Al absolver el interrogatorio de parte el señor Velásquez Henao confirmó y manifestó que para febrero de 2011, se encontraba en perfecto estado de salud, y de que no había padecido de ninguna enfermedad, ni le habian diagnosticado ninguna patología.

Allianz Seguros de Vida S.A. para esa época, año 2011, tenía establecido que para esta clase de seguros, vida grupo contributivo, y teniendo en cuenta la suma asegurada, con la sola declaración de asegurabilidad o solicitud de seguro firmada por el potencial asegurado, era suficiente para el otorgamiento del seguro, sin necesidad de ningún otro requisito.

Así las cosas, Allianz Seguros de Vida S.A. confió plenamente en la descripción del riesgo que hizo el señor Velásquez Henao, por lo cual reiteramos, el principio de la buena fe adquiere una connotación más relevante que en cualquier otro negocio jurídico; y esto obedece a que al momento de expedir la póliza la compañía de seguros, no siempre puede comprobar el estado del riesgo, teniendo en cuenta en primer lugar, que ésta clase de seguro de vida grupo son seguros en masa, donde los afiliados son numerosos, y con la simple declaración de asegurabilidad, teniendo en cuenta la buena fe del asegurado bastan para la expedición del seguro.

Tampoco es su obligación de verificarlo (estado de salud), porque el ordenamiento lo faculta para atenerse a la declaración del asegurado, como efectivamente lo fue en este caso.

Así las cosas, está por demás claro que con la firma de la solicitud de seguro por parte del señor Luis Amado Velásquez Henao, era más que suficiente para la expedición del seguro, teniendo en cuenta que al ser analizada la misma, se observó que el señor Velásquez Henao, para febrero de 2011, se encontraba en perfecto estado de salud, y no había padecido con anterioridad a esa fecha ninguna enfermedad, ni se le había diagnosticado ninguna patología.

Por lo tanto, no era necesaria ninguna intervención de la Aseguradora para la expedición del seguro, ya que como se dijo, bastaba solamente la presentación de la solicitud del seguro o declaración de asegurabilidad, la compañía ninguna clase de cooperación o colaboración debía de prestar al solicitarle del seguro.

En esta etapa precontractual, tal como se dijo, el que interviene es el intermediario de seguros, que en este caso lo fue LM Aseguramos Ltda., el cual en forma amplia y detallada le explico al señor Luis Amado Velásquez, todo lo atinente a esta clase de seguros, tal como muy bien lo ratificó el mismo en el interrogatorio de parte.

En consecuencia, lo manifestado por el Señor Juez de que la Compañía Aseguradora en esta etapa precontractual fue pasiva, que no existió cooperación alguna de la Aseguradora, que fue una actitud pobre respecto a la pasividad de la compañía, y que la misma no realiza absolutamente ninguna conducta en la etapa precontractual, en forma respetuosa no son de recibo, ya que como muy bien se ha explicado, son los intermediarios de seguros, llámense corredores de seguros, agencias de seguros,

agentes independientes, verdaderos representantes de las Aseguradoras, las que realizan todas las diligencias y gestiones, tendientes a la emisión de los contratos de seguros por parte de las Aseguradoras.

O sea que estos intermediarios de seguros están facultados para que intervengan en la formación del contrato de seguro.

En el Artículo 41 del Estatuto del Sistema Financiero, se indica que: *"La agencia representa a una o varias compañías de seguros en un determinado territorio, con las facultades mínimas señaladas en este capítulo".*

La agencia de seguros representa a las compañías para las cuales está autorizado a trabajar y, por lo tanto los compromisos que adquiere dentro del giro ordinario de su actividad, involucran a las Aseguradoras, pues son éstas quienes la contratan y solicitan su inscripción en la Superintendencia Financiera de Colombia.

Una de las facultades principales de las agencias de seguros, es la de promover la celebración de contratos de seguro por si misma, o por medio de agencias colocadores que la compañía mandante ponga bajo su dependencia, de acuerdo con su sistema propio de promoción de negocios.

La labor de la agencia, se concreta a la promoción de contratos de seguros dentro de un terminado territorio en su carácter de representante de una compañía de seguros, compañía ésta que conserva toda su autonomia para aceptar o no el negocio que se pretende realizar.

En su función de promoción, actúa como intermediario toda vez que media entre las partes interesadas a fin de conseguir que los contratos se celebren. Dicho en su lenguaje sencillo, la Agencia sirve de enlace; inicia los primeros contactos dirigidos a aproximar a los contratantes y con sus informaciones, consejos y asesoría contribuye a su celebración. Para tal fin, toda Agencia debe mantener a disposición del público, copias anuladas de las Pólizas que pueda válidamente ofrecer, con adiciones y anexos lógicamente las personas naturales que dirijan la Agencia, poseer conocimientos sólidos respecto de tales pólizas.

Dentro del desarrollo del objeto social específico de ofrecer seguros, promover la celebración de dichos contratos y obtener la renovación de los mismos a nombre de una o varias compañías, le corresponde también visitar e inspeccionar los riesgos que van a ser asegurados, dictaminar sobre el amparo que más le conviene al asegurado, explicándole su extensión y sus exclusiones, recaudar el valor de las primas referentes a los contratos celebrados y en el caso de que se presente el siniestro, intervenir en el salvamento.

El intermediario de seguros, entendiéndose como tal, la persona natural o jurídica que se dedica a promover la celebración de contratos de seguros, recaudar primas y ASESORAR A LOS ASEGURADOS EN CUANTO A LA PROTECCION DE SU VIDA y sus bienes a través de Pólizas de Seguros.

Así las cosas, la agencia de seguros representa y compromete la responsabilidad de la Aseguradora en cuanto a las facultades minimas por mandato de la Ley y la función de promover contratos de seguros es delegable.

Siendo entonces los intermediarios de seguros, verdaderos representantes de las Aseguradoras, con plenas facultades para promover la celebración de contratos de seguros, no tiene porque la compañía prestan alguna colaboración o cooperación al asegurado en la etapa precontractual, esa labor le corresponde a dichos intermediarios, como efectivamente le sucedió en este caso.

La sociedad LM Aseguramos Ltda., se puso en contacto con el señor Velásquez Henao y le explicó todo lo referente al seguro de vida grupo, poniéndole de presente la solicitud de seguro o declaración de asegurabilidad, documento necesario para la expedición del certificado individual de seguro, documento que fue firmado por el señor Luis Amado Velásquez Henao, en el cual se daba a entender claramente que para febrero de 2011, estaba es perfecto estado de salud, no había padecido de ninguna enfermedad, y no se le había diagnosticado ninguna patología, situaciones éstas que no son ciertas, ya que si se analiza la historia clínica de este paciente de la IPS Manizales (Folios 175 a 193 del expediente), el señor Luis Amado Velásquez fue atendido en dicha institución en el año 2005.

Se desprende claramente de dicha historia clínica, que el señor Luis Amado Velásquez Henao para la fecha de su ingreso al seguro (1 de marzo de 2011, fecha de la vigencia del inicio del amparo), tenía una serie de patologías, tales como trastornos de la refracción y trastornos de ansiedad, por lo que su estado de salud se hallaba alterado, situaciones de salud conocidas por el citado señor y que debieron ser informadas a la Aseguradora a través de su intermediario de seguros.

El seguro de vida se basa en el principio de la buena fe, es decir, si al momento de diligenciar el cliente la solicitud de seguro no manifestó que le haya sido diagnosticado o estaba siendo tratado alguna enfermedad antes del ingreso a la póliza, la Compañía acepta su ingreso bajo condiciones normales, porque el análisis se realiza de acuerdo a lo manifestado por el cliente.

Si al contrario, el señor Velásquez hubiera declarado alguna patología o enfermedad al momento del ingreso a la póliza, habría sido evaluado medicamente y se habría solicitado exámenes o soportes médicos para determinar el verdadero estado del riesgo y la Compañía se habría pronunciado tomando la decisión (i) de aceptar con extraprima o (ii) aceptar por exclusiones o (iii) no aceptar el riesgo.

Los antecedentes médicos fueron conocidos al momento de la reclamación presentada por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.

Respecto al tema de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, es evidente que en este caso se configuró dicho fenómeno jurídico.

El Señor Juez toma como fecha para empezar a contar los términos de prescripción el día 7 de diciembre de 2016, de acuerdo a un listado de invalidez, desconociendo la Aseguradora los argumentos de carácter legal para tomar dicha fecha, cuando es claro que el mismo asegurado, tuvo conocimiento de la enfermedad que dio lugar a su incapacidad en diciembre de 2014, tal como muy bien lo expresó al absolver el interrogatorio de parte, indicando que a partir de esa fecha empezó a tener trastornos de salud, sin que en esa fecha hubiese informado a la compañía o hubiese presentado reclamación para hacer efectivo el amparo de incapacidad total y permanente.

La reclamación presentada por el asegurado, solo se vino a realizar tres (3) años y dos (2) meses después.

Del Señor Juez,

Respetuosamente,

LUIS FERNANDO MEJIA SERNA
C.C. Nº 10'226.383 de Manizales
T.P. Nº 20.063 de C. S. de la J.

Manizales, Agosto 12 de 2020.