

## REPÚBLICA DE COLOMBIA



### JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO

Manizales, dieciséis (16) de diciembre de dos mil veinte (2.020).

**Radicado proceso :** 1700140-03-006-2018-00450-02  
**Clase proceso :** Verbal de Cumplimiento de Contrato  
**Demandante :** LUIS AMADO VELÁSQUEZ HENAO  
**Demandados :** ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTRA.

### SENTENCIA SEGUNDA INSTANCIA No. 259

#### I. OBJETO DE DECISIÓN

Se resuelve la alzada formulada por la sociedad codemandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., en frente de la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Civil Municipal de Manizales, Caldas, en audiencia celebrada el 12 de marzo de 2.020, dentro del proceso VERBAL de la referencia.

#### II. LA DEMANDA

La parte demandante en compendio, solicitó en el libelo introductor que se efectuaran las siguientes declaraciones:

I) Que entre el señor LUIS AMADO VELÁSQUEZ HENAO y la compañía ALLIANZ seguros de vida S.A., por intermedio de L.M. ASEGURAMOS LTDA, se suscribió un contrato de seguro, con el fin de proteger las posibles contingencias que desencadenaran en la muerte del demandante o en una incapacidad total y permanente.

II) Que los demandados incumplieron el susodicho contrato, por no haber cancelado al demandante lo correspondiente a la prestación contratada, es decir la suma de \$50.000.000, al momento en que se dio aviso al asegurador de la realización del riesgo asegurado, o lo que es lo mismo de la incapacidad total y permanente padecida por este.

III) Que como consecuencia de lo anterior y en virtud del artículo 870 del Código de Comercio, se condene a los demandados al pago del seguro de vida,

con ocasión a la incapacidad total y permanente referenciada, en la cuantía en que fue contratada.

IV) Que se condene igualmente a los demandados al pago de intereses, en compensación a los perjuicios moratorios, en proporción al certificado como bancario corriente aumentado en la mitad, sobre la totalidad del importe y desde la fecha en que el demandante acreditó su derecho ante el asegurador, es decir desde el 13 de febrero de 2017, en virtud del artículo 1080 del Código de Comercio.

V) Que se condene también a los demandados a la devolución de las primas causadas y descontadas por nómina al demandante, desde el momento en que se elevó la reclamación y se acreditó el derecho ante la aseguradora ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., es decir desde el 13 de febrero de 2017.

VI) Que los anteriores valores sean indexados a la fecha en que deba realizarse el pago, según el Índice de Precios al Consumidor.

VII) Que se condene a los demandados a pagar las costas del presente proceso.

Los pedimentos reseñados están cimentados en el sustento fáctico que en síntesis se plantea:

PRIMERO: El día 17 de febrero del año 2011, se suscribió entre el señor LUIS AMADO VELÁSQUEZ HENAO en calidad de asegurado y la compañía aseguradora ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., una póliza de seguro de vida, por intermedio de la compañía L.M. ASEGURAMOS LTDA.

SEGUNDO: Se trata de la póliza N° 21653884, cuyo tomador es FUNEDUCOL, misma que consta en documento denominado "Certificado Individual de Seguros Personales" con N° 00998.

TERCERO: Dicha póliza tenía por objeto cubrir las posibles contingencias que conllevaran a una incapacidad permanente o incluso la muerte del demandante, donde los beneficiarios en este último caso eran, su madre BLANCA LIBIA HENAO y su sobrino DANIEL LISARALDE VELÁSQUEZ.

CUARTO: Al momento de suscribir la referida póliza, el demandante era una persona sana, tal y como consta en la declaración de asegurabilidad, donde entre otras cosas manifestó no padecer, ni habersele diagnosticado 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 la firma del contrato de seguro.

QUINTO: Luego fue diagnosticado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) el día 24 de enero de 2014, momento en que empezaron a manifestarse un sin número de patologías que hoy lo tienen en estado de incapacidad total y permanente.

SEXTO: El señor VELÁSQUEZ HENAO fue calificado por el Fondo de Pensiones del Magisterio en cabeza de Cosmitet Ltda., quien en dictamen suscrito por la Profesional MARTHA LUCÍA IZQUIERDO el día 06 de diciembre de 2016, determinó una Pérdida de Capacidad laboral del 70.82%, con fecha de estructuración del 24 de enero de 2014, fecha que coincide con la del diagnóstico de su enfermedad.

SÉPTIMO: El anterior dictamen tuvo sustento en el virus del VIH y en las patologías subsidiarias de dicha enfermedad, misma que fue adquirida con posterioridad a la firma del contrato de seguro suscrito el día 17 de febrero de 2011.

OCTAVO: El plan o paquete contratado se reduce a lo siguiente: Básico de vida por cualquier causa, incapacidad total y permanente (sin exclusiones), '141, Indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración, por valor de CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE. (\$50.000.000) en cualquiera de dichos eventos; y un adicional de VEINTICINCO MILLONES DE PESOS MCTE (\$25.000.000) por enfermedades graves, excluida la padecida por el actor.

NOVENO: El demandante cumplió mes a mes con las obligaciones a su cargo, esto es con el pago de las primas, mismas que siguen siendo descontadas por nómina, según autorización firmada a la compañía L.M. ASEGURAMOS LTDA.

DÉCIMO: En virtud de lo anterior, la Compañía Allianz Seguros de Vida S.A. está obligada al pago de la prestación contratada, es decir la suma de CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE. (\$50.000.000).

DÉCIMO PRIMERO: Dado a que concurrieron los elementos para el pago del seguro contratado, esto es, una incapacidad total y permanente del asegurado, no ser la incapacidad consecuencia de una enfermedad diagnosticada con anterioridad a la firma del contrato y además de encontrarse al día con el pago de la prima, el 13 de febrero de 2017 se elevó reclamación escrita ante la Aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. (sucursal Manizales), a efectos de que le pagaran al demandante la prestación contratada.

DÉCIMO SEGUNDO: En oficio DIV-0582-2017 del 6 de abril de 2017, le fue negado el pago de la póliza, manifestando que *"...parte de las patologías objeto de calificación, fueron diagnosticadas y tratadas antes de haber ingresado al seguro antes del 01 de marzo de 2011, fecha de inicio de la vigencia del amparo"* y remitiéndose a dos apartes de la historia clínica del accionante, que

no refieren nada, ni permiten concluir que fuese diagnosticado de alguna enfermedad, y mucho menos que sea la causa de su incapacidad.

DÉCIMO TERCERO: Tanto la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A., como la compañía L.M. ASEGURAMOS LTDA se encuentran en mora con el cumplimiento de la obligación contratada, lo que se traduce en un incumplimiento al contrato de seguro.

DÉCIMO CUARTO: Por su parte, al demandante le siguen descontando por nómina, el valor de la prima de seguro que fuese contratada el día 17 de febrero de 2011.

DÉCIMO QUINTO: En virtud a la pérdida de capacidad laboral dictaminada por COSMITET el 06 de diciembre de 2016, le fue reconocida al demandante la pensión por invalidez a cargo de la Gobernación de Caldas, por medio de Resolución 3531-6 del 12 de mayo de 2017.

DÉCIMO SEXTO: En razón del incumplimiento contractual al que ha sido sometido el actor por parte de la aseguradora ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. al no pagar el valor del seguro contratado, se le han generado perjuicios moratorios, que según el artículo 1080 del Código de Comercio corresponde al interés moratorio, en proporción al certificado como bancario corriente aumentado en la mitad, sobre la totalidad del importe y desde la fecha en que acreditó su derecho ante el asegurador, es decir desde el 13 de febrero de 2017.

### **III. RÉPLICA**

La parte demandada LM ASEGURAMOS LTDA, en cuanto a los hechos dijo que el 1, 2, 3, 6, 9, 14 y 15 son ciertos, no le constan del 4 al 8, del 10 al 12 y 16, y no –son ciertos el 13 y 17.

Propuso excepciones previas de "FALTA DE JURISDICCIÓN O DE COMPETENCIA y de INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES O POR INDEBIDA ACOMULACIÓN DE PRETENSIONES, REQUISITO INSUBSANABLE DE LA CONCILIACIÓN" y como EXCEPCIONES DE FONDO: "AUSENCIA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN, COBRO DE LO NO DEBIDO, PRESCRIPCIÓN, BUENA FE RESPECTO DE LM ASEGURAMOS".

Por su parte, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. respecto de los hechos dijo ser ciertos del 1 al 3, 5, 6, 8, 11, 12, 15 y 17, no constarle el 9, 14 y no ser ciertos el 4, 6, 10, 13 y 16.

Propuso como excepciones de mérito las que denominó: "NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD DE PARTE DEL

ASEGURADO, PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO, INEXISTENCIA DEL AMPARO CONSISTENTE EN LA INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE PAGAR SUMA ALGUNA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y A FAVOR DEL ASEGURADO”.

De las excepciones planteadas y narradas anteriormente, se corrió traslado a la parte demandante, quien dentro de dicho término guardó silencio.

#### **IV. SENTENCIA IMPUGNADA**

El Señor Juez de Primera Instancia, luego de memorar la demanda y su contestación, y agotar todas las etapas previstas para este tipo de procesos, profirió sentencia de primera instancia en audiencia del 12 de marzo de 2020, en la cual declaró probadas las excepciones formuladas por LM ASEGURAMOS LIMITADA denominadas “ausencia de Legitimación en la Causa por pasiva, inexistencia de la obligación y cobro de lo no debido”; y no probadas las denominadas “prescripción y buena fe”.

Respecto de la codemandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., declaró no probadas las excepciones formuladas por esta y, en consecuencia, declaró el incumplimiento del contrato de seguro número 21653884, por parte de la entidad aseguradora, a quien condenó a pagar a favor del demandante la suma de \$50.000.000, más los intereses moratorios causados desde el 13 de febrero del 2017, hasta cuando verifique el pago total de la obligación, de conformidad con el artículo 1080 Código de Comercio; no ordenó la devolución de primas que pudo pagar el demandante con posterioridad a la reclamación del seguro y condenó a la aseguradora a pagar las costas a favor del actor, fijando como agencias en derecho la suma de \$5.000.000.

#### **V. RECURSO DE APELACIÓN**

Inconforme con la anterior decisión, la sociedad codemandada interpuso recurso de alzada, argumentando que no se entiende lo que quiere decir 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.

Indica que 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.

Recaba en el deber de información en el contrato de seguro de vida grupo contributivo, como 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, destacando sentencias de tutela de la Corte

Constitucional para indicar que el posible asegurado debe informar a la Aseguradora todo lo atinente a su estado de salud pasado y presente, tanto en el aspecto positivo, dar 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 calidad, oportunidad y transparencia.

Recuerda que 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 a absolver el interrogatorio de parte, donde afirmó haber suscrito la solicitud de seguro, también llamada declaración de asegurabilidad, pero no haber leído la misma, 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.

Enfatiza que si se observa con detenimiento esta solicitud de seguro, allí se solicita al asegurado dar información sobre su verdadero estado de salud, enfermedades que ha padecido y otra serie de situaciones que hacen relación a sus condiciones de salubridad, documento que firmó el 17 de febrero de 2011, dentro del cual estaba incluido en la parte final *"... 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"*.

Indica que, al absolver el interrogatorio de parte, el señor Velásquez Henao confirmó que para febrero de 2011 se encontraba en perfecto estado de salud, y que no había padecido de ninguna enfermedad, ni le habían diagnosticado ninguna patología, documento que para la aseguradora en aquella época 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, por lo que

confió plenamente en la descripción del riesgo que hizo el señor Velásquez Henao.

Expresa que 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 verificar (estado de salud), porque el ordenamiento lo faculta para atenerse a la declaración del asegurado, como efectivamente lo que en este caso.

Insiste en que las declaraciones del formulario que firmó el accionante no son ciertas, ya que en 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, de donde se desprende 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.

Por último, 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, porque 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.

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

A su turno, la parte demandante no recurrente enfatiza que, como bien hace mención el apoderado de ALLIANZ seguros de vida S.A., el contrato de seguros es un acto de buena fe, pero esa buena fe no es solo del asegurado, sino además de la aseguradora, quien es el eje central de la relación contractual.

Ello por cuanto la aseguradora, quien es la que padece el riesgo de pagar el seguro, debe ser diligente en la determinación de todas las variables que hagan más o menos gravosa la condición de uno u otro asegurado.

Refiere que lo primero que exige la aseguradora al momento de la suscripción del contrato, es una autorización expresa del asegurado, a efectos de que se le permita el acceso a la historia clínica de éste. Lo que significa que dicho estudio no debe ser posterior sino previo a una reclamación del asegurado, por lo que no puede alegar la aseguradora un desconocimiento de los antecedentes médicos del asegurado, cuando ésta podía investigar sobre la situación médica del éste, y siendo del caso, declarar la nulidad por una supuesta reticencia.

Agrega que, revisando la historia clínica del demandante, encuentra que no era del caso al momento de la suscripción del contrato realizar alguna declaración por enfermedad o diagnóstico previo por parte del señor LUIS AMADO, dado que si bien, había consultado en varias ocasiones al médico, dichas valoraciones y diagnósticos solían ser pasajeros y no constituir una reducción en la actividad física de mi representado, siendo obligación de la aseguradora o del agente encargado de vender el seguro, advertir sobre las consecuencias de una omisión, que conforme a lo anterior suele ser involuntaria, porque simplemente no representa una afectación en la salud, y que al paso del tiempo termina olvidándose, como en el caso concreto, que si bien en el año 2006 le fue diagnosticado por su médico general un trastorno de ansiedad, dicho diagnóstico fue tan insignificante y poco importante, que ni siquiera se le ordenó iniciar tratamiento para menguar sus efectos, efectos que con el pasar de los días ya no sufría.

Lo anterior, para entender que hay diagnósticos pasajeros, y si estos influyen en el pago de un seguro, es obligación de la aseguradora advertir dicha situación, y evidentemente no fue así, tanto que el apoderado de ALLIANZ asegura en la sustentación de su recurso, que el demandante ni siquiera leyó el clausulado de la póliza (según lo extracta de su interrogatorio de parte). Entonces donde queda la obligación de información de la aseguradora?, como pretende desconocer el pago de un seguro alegando reticencia después de 6 años de vigencia?, tiempo durante el cual el demandante canceló oportunamente cada una de las primas. Por qué la aseguradora NO solicitó la nulidad del contrato durante esos 6 años? y viene a hacerlo justamente cuando se le reclama el pago. Evidentemente existe un comportamiento amañado de la aseguradora, que no puede ser premiado, exonerándola del pago de la póliza.

Así las cosas, tras citar jurisprudencia alusiva al caso, enfatiza que la aseguradora NO puede alegar reticencia cuando ni siquiera ordenó la práctica de exámenes; aparte el clausulado, -que ni siquiera se percató que fuese leído por el demandante-, es ambiguo y poco dicente; y adicional no logró probar que dicha supuesta preexistencia fuera conocida con certeza por el demandante, cuando éste en su interrogatorio manifestó no conocer

antecedentes médicos de importancia que afectaran su salud previo a la suscripción del seguro.

## **VI. CONSIDERACIONES**

Están reunidos los presupuestos procesales, y como además no se observan nulidades rituales, cabe resolver de mérito esta actuación, por escrito, con fundamento en el artículo 14 del decreto 806 de 2020.

La competencia de este Juzgado se circunscribe a analizar lo desfavorable a la aseguradora codemandada como única apelante, por lo que se procede, entonces, a despachar las inconformidades puestas a consideración de esta instancia, dentro de los límites que le trazó la sociedad impugnante en el escrito de sustentación.

Antes de abordar la solución jurídica a los cuestionamientos enunciados, necesario se hace recordar que las pretensiones de la demanda tienen sustento en una relación contractual a partir del contrato de seguro, en el que la persona jurídica, autorizada legalmente y denominada asegurador, asume los riesgos que otra persona natural o jurídica, llamada tomadora, que actúa por cuenta propia o de un tercero le traslada, a cambio de una prima.

Se trata de una convención consensual, bilateral, onerosa y aleatoria. Así lo definen el artículo 1036 y siguientes del Código de Comercio.

Inicialmente debe puntualizarse que las partes no discutieron la existencia del contrato de seguro de vida grupo a que aluden las pretensiones del libelo demandatorio, es más de su celebración obra prueba documental en el expediente, póliza que se firmó el 17 de febrero de 2011, con vigencia a partir del 1º de marzo del mismo año y que se fue renovando año tras año.

Aclarado lo anterior, lo que realmente se controvierte es si el tomador de la póliza, asegurado principal, tenía el deber de reportar a la aseguradora demandada, las afecciones que presuntamente padecía antes de la celebración del contrato, cuya obligación consta en la póliza, cuando firmó la declaración de asegurabilidad, en la que afirmó que: *"... 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"*.

El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

En esas condiciones, el debate se contrae al deber de información que tiene el tomador o asegurado al declarar el estado del riesgo y al correlativo deber del asegurador de informarse acerca del mismo, que es el primer punto de refutación del recurrente frente a la sentencia de primera instancia.

Del primero de dichos temas se ocupa nuestra legislación en el artículo 1058 del Código de Comercio relativo a la declaración del tomador sobre el estado del riesgo, de conformidad con el cual,

*"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.*

*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

***Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente."***

Es por ello que, en esa etapa precontractual en la que, por regla, la aseguradora propone un cuestionario al tomador, éste debe plasmar en él todos los aspectos relevantes del riesgo asegurado, pues es con sustento en esa declaración que la aseguradora puede establecer si asume o no el riesgo y, además, las condiciones en que lo asume, conforme lo reclama el artículo 1056 de la codificación mercantil.

Ahora bien, ha de tenerse en cuenta que de la referida declaración de asegurabilidad la aseguradora también deriva con claridad el estado del riesgo; puede determinar el interés del tomador, y establecer los datos necesarios que, a su vez, le permiten fijar el monto de la prima, de tal suerte que cualquier inexactitud o reticencia hacen responsable al tomador de las consecuencias que de ellas se deriven.

Las anteriores reflexiones llevan a afirmar que ese deber de información se finca en el postulado de la buena fe, que le impone al tomador declarar con mayor sinceridad el estado del riesgo, destacando, como lo hiciera, recientemente la Corte Suprema de Justicia que: *"(...) tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo (...)"*.<sup>1</sup>

Ahora, sobre las pregonadas preexistencias aducidas por la aseguradora demandada para objetar la reclamación que le hiciera el señor LUIS AMADO VELÁSQUEZ AMADO, solo se cuenta con las anotaciones hechas en la historia clínica de éste por parte de los médicos generales de la EPS tratante, que sirvieron de soporte a dicha sociedad para objetar la reclamación, fechadas el 30 de marzo de 2005 y 8 de febrero de 2006, respectivamente, con los siguientes diagnósticos: • "(....) DIAGNOSTICOS ( ) Trastorno de la refracción ( .)" • "(...) DIAGNOSTICOS ( ) Trastorno de ansiedad ( )". Además, insiste la aseguradora demandada que hay diversas atenciones médicas durante los años 2007 — 2008, en las cuales se hace referencia a diversas dolencias por parte del asegurado, que afectaban su estado de salud.

Teniendo en cuenta las fechas de tales registros, que datan entre 5 y 6 años antes de la fecha de la declaración de asegurabilidad y examinadas las demás piezas procesales, es dable afirmar que no existe ningún medio de convicción que precise y acredite que para la época de suscripción de la póliza de seguro, el demandante "padeciera y le hubiera sido diagnosticada... *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*", que fue la condición impuesta en el seguro, entre otras, en materia de exclusiones.

Por el contrario, en el expediente de primera instancia, a folio 432 y siguientes, obra la certificación de COSMITET, entidad a cuyo cargo se encontraba la atención médica del demandante para ese momento, quien certificó en oficio del 29 de octubre de 2019 que, *"conforme a la información registrada en la historia clínica y datos suministrados por el área de Seguridad y Salud en el*

---

<sup>1</sup> C.S.J., Sala Casación Civil. Sentencia SC-2803-2016.

*trabajo, ...de acuerdo con el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL) del señor Velásquez, la fecha en la cual fue diagnosticado de la enfermedad que dio origen a su pérdida de capacidad laboral, se estructuró el día 24 de enero de 2014”.*

Agrega que según ese dictamen, los diagnósticos que dieron origen a la pérdida de la capacidad laboral, fueron: “• Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones, virales (e203). • Migraña con aura (0431). Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente (F331)”.

Y concluye afirmando que, *"de acuerdo con la Epicrisis o resumen de la historia clínica contenido en el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral del señor Velásquez, **no se evidencia patología previa a febrero 12 de 2011**; sin embargo, posterior a dicha fecha, el dictamen hace referencia a aparición de diagnóstico de VIH en enero 21 de 2014”*(énfasis añadido).

Lo anterior significa que, contrario a lo sostenido por la sociedad recurrente, no se probó que para la fecha de suscripción del seguro y de firma de la declaración de asegurabilidad por parte del demandante, padeciera y le hubieran sido diagnosticadas las patologías que sirvieron de soporte a la demandada para objetar la reclamación, ni mucho menos que la “refracción y el trastorno de ansiedad”, que fueron las únicas dolencias por las cuales se objetó la reclamación, preexistían en la etapa de formación del contrato de seguro, porque en estos aspectos se trata de averiguar y probar que para dicha época precontractual el tomador fue reticente en ese sentido.

Además, nótese que las patologías por las cuales fue determinada la pérdida de la capacidad laboral del demandante se estructuraron y calificaron con posterioridad no sólo a la declaración de asegurabilidad sino también al inicio de la vigencia de la póliza.

Recuérdese al respecto que, según certificación de COSMITET, *"de acuerdo con la Epicrisis o resumen de la historia clínica contenido en el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral del señor Velásquez, **no se evidencia patología previa a febrero 12 de 2011**”.*

En conclusión, no demostró la aseguradora recurrente, como era su deber conforme al Art. 167 del Código General del Proceso, que para la época de formación del contrato de seguro el señor LUIS AMADO VELÁSQUEZ HENAO fue reticente en informar los presuntos padecimientos que soportaba, ninguno de los medios probatorios arrimados al proceso conducen a ese resultado, resaltando en este punto los ingentes esfuerzos que hizo el funcionario de primera instancia con miras a obtener un dictamen pericial de oficio que diera una mayor claridad sobre este aspecto neurálgico del proceso, pero que no fue posible obtener, como así lo precisó en la audiencia: *"...Valga acotar aquí lo dicho pues no obró dentro de la lista de pruebas ni por parte demandante ni*

*demandada, un perito médico que determinara si, realmente, las patologías de que alega en la contestación de la demanda la compañía aseguradora son causa entonces para negar el pago del seguro de vida, no está clara entonces la reticencia por parte del tomador de seguro en este aspecto, al no haber declaración de una autoridad en medicina respecto a qué efectivamente antes de tomarse el seguro de vida existían unas patologías que indefectiblemente llevan a determinar que sí hubo reticencia y que éstas son tan determinantes que van de la mano de la mala fe del tomador o del beneficiario...”*

De acuerdo con lo analizado, la presunta reticencia del asegurado demandante está llamada al fracaso, como bien lo reseñó el Juzgador de primer nivel.

Ahora bien, en segundo lugar, esclarecido de manera negativa el primer reparo de la sociedad aseguradora demandada frente al fallo fustigado, se examinará lo alusivo a la prescripción que, indica, operó en este evento.

El tema de la prescripción de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y, específicamente, el punto respecto al momento a partir del cual comienza a correr el plazo que la estructura, debe resolverse a favor de la tesis que expone la parte demandante, toda vez que, tratándose de prescripción ordinaria que es la que interesa en este caso, dicho fenómeno jurídico “empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (se subraya), entendiéndose por aquél, “quien deriva algún derecho del contrato de seguro”, esto es, “el tomador, el asegurado, el beneficiario y el asegurador”<sup>2</sup>, según se extrae de lo consagrado en los numerales 1º, 2º y 3º del artículo 1047 ibídem.

De acuerdo con lo anterior, por hecho que da base a la acción, debe entenderse el acaecimiento del siniestro como tal, es decir, la realización del riesgo asegurado (art. 1072 C.Co.), esto es, del advenimiento del “*suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario*”(art. 1054 *ejusdem.*).

Tan es así que es el propio legislador el que establece que la “**realización**” del **riesgo** es el elemento “**que da origen a la obligación del asegurador**” (se resalta; ib.), que la Corte Suprema de Justicia haya precisado que el hecho que da origen a la acción “*no es, no puede ser otro, que el siniestro, entendido éste, según el artículo 1072 Ibídem, como ‘la realización del riesgo asegurado’, o sea del hecho futuro e incierto de cuya ocurrencia depende el nacimiento de la obligación de indemnizar a cargo del asegurador y correlativamente del derecho del asegurado o beneficiario a cobrar la indemnización (art. 1045 num. 4 y 1054 C. de Co. Y 1530, 1536, 1542 C.C)*”<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Cas. Civil, sentencia del 4 de julio de 1977.

<sup>3</sup> Ibídem.

Y si el seguro que se reclama es uno celebrado para cubrir, entre otros, el riesgo de incapacidad permanente total y permanente, la que según el contrato es *"la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días"*; y si dicha incapacidad debe *ser demostrada mediante certificación de EPS, ARP, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida superior al 50% de su capacidad laboral*, ilógico sería entonces pretender que el demandante hubiese reclamado a la compañía recurrente el pago del seguro con apenas los síntomas que empezó a sentir en el año 2014, como lo refirió en su interrogatorio de parte, cuando para obtener dicha prestación requería alguna de las certificaciones enunciadas que diera certera cuenta de esa invalidez, la que, para el caso de autos, se documentó en el dictamen de Medicina Laboral del día 06 de diciembre de 2016, determinando una Pérdida de Capacidad laboral del 70.82%, con fecha de estructuración del 24 de enero de 2014, fecha que coincide con la del diagnóstico de su enfermedad, según la certificación de Cosmitet ya señalada.

Antes de la emisión de ese medio demostrativo requerido por la Aseguradora para acreditar la pérdida de la capacidad laboral y, especialmente, del porcentaje requerido según el contrato para cubrir ese siniestro, estaba imposibilitado el demandante para reclamar el pago del seguro y, por ende, no podría correr en su contra el término de prescripción señalado, pues aún no se había realizado el riesgo asegurado, por más enfermo que se sintiese, circunstancia que descarta por completo que el término prescriptivo se cuente a partir de la estructuración de dicha pérdida de capacidad laboral, como lo pretende hacer ver la sociedad recurrente. Se enfatiza, el aquí asegurado tuvo conocimiento efectivo de la producción del hecho, es decir, su pérdida de capacidad laboral el 6 de diciembre de 2016, en que se emite el dictamen, no antes.

En este aspecto se pregunta este Despacho, acaso con una manifestación verbal o escrita del interesado sobre el padecimiento de algunas dolencias las aseguradoras responden por un siniestro como el aquí analizado, sin contar con pruebas científicas al respecto que den cuenta de esa pérdida de capacidad laboral y su porcentaje? La respuesta no puede ser más que negativa.

Y no podría contabilizarse ese término prescriptivo de otra manera, tal como lo recordó la Guardiania de la Constitución en la sentencia T-160A de 2019, cuando precisó que:

*"...Por demás, no sobra aclarar que esta última disposición guarda correspondencia con distintos pronunciamientos en los que, en casos*

*fácticamente similares, esta Corporación ha sostenido que, para efectos de reclamar la cobertura de distintas pólizas de seguro, el término de prescripción de la solicitud solo se puede contabilizar a partir del conocimiento del estado de invalidez o la incapacidad permanente calificada. Al respecto, sentencias como la T-309A, T-557 y T-662 de 2013 coinciden en que **la cobertura de los seguros que amparan aquellos riesgos pende del dictamen de la Junta de Invalidez correspondiente, pues el hecho fundamental que da base a la reclamación es la pérdida de capacidad laboral u ocupacional declarada, tanto así que sin dicha calificación un beneficiario estaría imposibilitado para presentar la reclamación, pues es a partir de la valoración técnica que se sabe con certeza si la persona tiene derecho, o no, a reclamar el pago de la póliza**". Se enfatiza.*

En consecuencia, no se equivocó la primera instancia en su análisis sobre este medio de defensa, porque certificada la pérdida de la capacidad laboral del demandante el día 6 de diciembre de 2016 e instaurando su demanda el 20 de junio de 2018, a dicha calenda aún no habían transcurrido los dos (2) años de que habla la normativa comercial para reclamar el pago del seguro. Lo anterior, sin contar que ese término también fue interrumpido en legal forma con la reclamación que hiciera el demandante a la aseguradora en tal sentido, el 12 de febrero de 2017.

Lo razonado conlleva al Juzgado a CONFIRMAR el fallo pronunciado en primer nivel por las razones aquí expuestas, puesto que las alegaciones y fundamentos de inconformidad no desvirtuaron lo probado en el curso del proceso.

Se condenará en costas en esta sede a la sociedad recurrente y a favor del demandante, por aparecer causadas, al tenor del art. 365-1 del C. G. P., para cuyo efecto se estiman las agencias en derecho en la suma de dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, conforme al art. 5º numeral 4 (segunda instancia) del Acuerdo 10544 de 2016 de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura, que las tasa entre 1 y 6 S.M.M.L.V.

## **VII. DECISIÓN**

Por lo expuesto, **EL JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES, CALDAS**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA** la sentencia proferida el 12 de marzo de 2020 por el **Juzgado Sexto Civil Municipal de Manizales, Caldas**, dentro del proceso **VERBAL DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO** incoado por el señor **LUIS AMADO VELÁSQUEZ HENAO**, contra **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTRA**.

Costas en esta sede, a cargo de la sociedad recurrente y a favor del demandante. Para tal efecto, se estiman las agencias en derecho en dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, según lo dicho en la parte motiva

de esta decisión, que equivalen a la suma de UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SEIS PESOS (\$1.755.606,00), cantidad que será tenida en cuenta por la Secretaría del Juzgado de primera instancia, en el momento de la liquidación respectiva (art. 366-1 C. G. P.).

**Notifíquese,  
MARÍA TERESA CHICA CORTÉS  
Juez  
(2018-00450-02)**

NOTIFICACIÓN POR ESTADO. La sentencia anterior se notifica en el Estado No. 141 del 18 DE DICIEMBRE DE 2020. Gloria Patricia Escobar Ramírez. Secretaria.

Firmado Por:

**MARIA TERESA CHICA CORTES  
JUEZ CIRCUITO  
JUZGADO 004 CIVIL DEL CIRCUITO MANIZALES**

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: **a80cbb423c1bbf7716c1e613d24999e1ef65aeed0b10bf000bbf38fe5f03a8b0**

Documento generado en 16/12/2020 10:33:49 a.m.