

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CARTAGENA
SALA CIVIL- FAMILIA**



**MAGISTRADO PONENTE:
DR. RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA**

Cartagena, dos (02) de marzo de dos mil dieciséis (2.016)
(Proyecto aprobado y discutido en Sala de Decisión de la fecha, según
acta No. 054)

Decídanse los recursos de apelación formulados por las partes, demandante y demandada, contra la sentencia del 13 de marzo de 2015, proferida por el Juez Séptimo Civil del Circuito de Cartagena, dentro del proceso Ordinario instaurado por la señora OMAIRA DEL SOCORRO PÁEZ BURGOS, en representación de su menor hijo HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PÁEZ, contra la sociedad "SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.".

EL LITIGIO:

OMAIRA SOCORRO PAEZ BURGOS, en representación de su hijo **HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PAEZ**, y por conducto de apoderado judicial, presentó demanda ordinaria de responsabilidad civil contractual contra **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, reclamando que se ordene a la demandada el cumplimiento de la póliza de seguro de vida, y como consecuencia de lo anterior, se condene a la demandada a pagar a la demandante el amparo adicional consistente en cancelar al asegurado capital estipulado en la carátula de la póliza; los conceptos indemnizatorios que corresponden a los perjuicios causados derivados del incumplimiento de las obligaciones contractuales a su cargo, y el pago de intereses legales sobre el valor asegurado.

Los supuestos fácticos en que se fundamenta la demanda se sintetizan de la siguiente manera:

- El 23 de julio del año 1999, el señor **NILO RODRÍGUEZ PAYARES** suscribió una póliza de seguro de vida temporal, en la que dejó como único beneficiario a su hijo **HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PAEZ**. La póliza fue suscrita bajo el plan *FLEXIVIDA* con fondo de ahorro y con los siguientes amparos y valores asegurados: Básico vida, con un valor inicial de \$10.000.000.00 de pesos, invalidez con \$10.000.000.00, muerte accidental con \$10.000.000.00, e, invalidez y desmembración con \$10.000.000.00, con un

incremento anual del 20%, y el amparo por enfermedad grave con el mismo valor asegurado del básico de vida; asegurando la demandante, que hasta el día 31 de diciembre de 2003, el tomador del seguro cumplió a cabalidad sus obligaciones contractuales.

- El señor **NILO RODRÍGUEZ PAYARES** falleció el 1 de enero de 2004 de un paro cardiorrespiratorio- muerte natural, por lo que la señora **OMAIRA DEL SOCORRO PAEZ BURGOS** procede a informar a la aseguradora la ocurrencia del siniestro y presentó la respectiva reclamación formal para el pago del valor asegurado el día 1 de marzo 2004.
- La aseguradora alegó, el 31 de marzo de 2004, reticencia por parte del asegurado porque supuestamente el señor Rodríguez había ocultado que padecía de hipertensión arterial, enfermedad que ulteriormente le causó la muerte.
- Sostiene la actora que la objeción presentada por la demandada está desfasada de la verdad, toda vez que al finado le fueron practicados los exámenes médicos previos a la celebración del contrato, los cuales, no mostraron existencia ni preexistencia de hipertensión arterial y que los posteriores problemas del corazón e hipertensión arterial, fueron diagnosticadas a partir del año 2000, es decir, un año después de tomada la póliza, tal y como lo confirma la historia clínica del asegurado.
- Como consecuencia de lo anterior asegura que la conducta realizada por la aseguradora **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A**, agravó la situación del menor **HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PAEZ** y de sí misma, habida cuenta que, el seguro, además de una pequeña pensión, era lo único que el padre del menor le iba a dejar al momento de su fallecimiento.
- Asegura a su vez que debido al incumplimiento moroso de la obligación a cargo de la demandada, hasta la fecha, estando obligada a efectuar el pago de la póliza al beneficiario dentro del mes siguiente a la reclamación y no cancelando el valor de la póliza injustamente y con fundamento en un erróneo análisis de la historia clínica, ha producido en la demandante los siguientes perjuicios: La madre del menor, tuvo que entregar el inmueble en el cual habitaba con el padre del menor y su hijo, teniendo que refugiarse como pensionada en un pequeño cuarto de una casa del barrio San Fernando de la Ciudad de Cartagena.
- Asevera que a esta situación se le agrega el condicionante de que la demandante ha tenido que negarse a satisfacer muchas

necesidades básicas del menor ante la carencia de ingresos, y considera que se agrava su situación con la causación de perjuicios de índole moral supremamente alto, consistente en que el finado era su único soporte económico, material y moral, y era quien proveía a su hogar todo lo necesario para las necesidades mínimas vitales, y a su vez, afirma que se creó un sentimiento profundo de impacto emocional y sentimental, que a su vez se traduce en una gran incertidumbre para la vida y el futuro de la demandante y su hijo.

TRÁMITE EN LA PRIMERA INSTANCIA:

El escrito introductorio de demanda fue presentado el 24 de enero de 2005 y una vez sometido a reparto le correspondió al Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Cartagena, que, previa la declaratoria de inadmisibilidad y su posterior corrección, procedió a admitirla mediante auto adiado 2 de marzo de 2005¹, ordenando se corriera en traslado a la demandada por el término de 20 días. Notificada la parte demandada en forma personal el 25 de abril del mismo año², procede a contestar la demanda³ oponiéndose a las pretensiones, admitiendo sin reservas los supuestos fácticos 1º, 3º, 4º y 6º; admite parcialmente los hechos 2º, 7º y 16º; negando los supuestos 5º, 8º, 9º, 10º, 11º, 14º, 15º y manifiesta no constarle los hechos 12º y, 13º; finalmente sobre el punto 17º afirma que no se trata de un supuesto fáctico; por último, formula las excepciones que denomina: (i) "*Nulidad relativa del contrato de seguro generada por inexactitud o reticencia del tomador*", (ii) "*No existencia de obligación al pago por concepto de amparo adicional denominado enfermedades graves*", (iii) "*No obligación contractual ni extracontractual de resarcir perjuicio morales*", (iv) "*No condena al pago de intereses*" y (v) "*Suma asignada como límite máximo*".

Posteriormente, mediante auto del 8 de agosto de 2006⁴ el juzgado se abstuvo de considerar la contestación de la demanda, el recurso de reposición contra el auto admisorio de la misma y la "renuncia" a tal recurso, toda vez que el apoderado judicial de la sociedad demandada, carecía de poder para representarla.

Seguidamente, el 11 de septiembre de 2006 el togado que representa los intereses de la parte actora presenta escrito de reforma de demanda⁵, que es aclarado mediante memorial del 12 de septiembre de 2006⁶; la reforma es admitida el 15 de mayo de 2009⁷ y de ella se corre en traslado y se notifica en debida forma a la demandada quien procede a contestarla y propone las excepciones que denomina: (i)

¹ Ver a folio 97 del cuaderno principal

² Folio 97 vuelto del cuaderno principal

³ Ver a folio 118 del cuaderno principal

⁴ Ver a folio 216 del cuaderno no. 2

⁵ Folio 227 y 228 del cuaderno principal N° 2

⁶ Folio 235 del cuaderno principal

⁷ Folio 280 del cuaderno principal N° 2

*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS; (ii) IMPROCEDENCIA DE LA NUEVA PRETENSIÓN*⁸. Fracasada la audiencia de conciliación por inasistencia de las partes, se procede, mediante auto del 15 de marzo de 2010⁹, a abrir a pruebas el proceso, evacuadas en su mayoría se corre traslado para alegar¹⁰, las partes presentaron sus alegaciones, por lo que se profirió sentencia.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

El Juez Séptimo Civil del Circuito de Cartagena el 13 de marzo de 2015 profiere sentencia de primera instancia, en la que resolvió condenar a la demandada **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** a pagar, en favor del demandante **HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PAEZ** quien actúa representado por su progenitora **OMAIRA PAEZ BURGOS**, la suma de TREINTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS TRECE MIL VEINTE PESOS (\$39.813.120), correspondientes al valor asegurado inicial en la póliza de seguro de vida a que se contrae la demanda que dio origen al proceso, más el incremento anual pactado en la misma, equivalente al 20% sobre dicho valor. De igual forma, negó las pretensiones 2, 3 y 4 de la demanda y condenó en costas a la parte demandada, disminuidas en el 40% del monto total de éstas.

Para sustentar su decisión, el A quo parte del presupuesto que en las excepciones presentadas por el apoderado de la aseguradora demandante, éste se limitó a señalar que *"el asegurado fue inexacto y reticente en la declaración de asegurabilidad al omitir informar su verdadero estado de salud"*, y no dirigió su atención a precisar la omisión o inexactitud por ella atribuida al tomador del seguro. De igual forma, sustenta su decisión en la omisión del demandante de probar además el nexo de causalidad entre la reticencia alegada y las causas que ocasionaron el siniestro.

En ese sentido, el Juez A-quo hace mención a que el asegurado no defraudó la buena fe que reviste los contratos de seguros y que presuponen el actuar honrado, honesto, honorable, transparente, diligente y responsable por parte del tomador del seguro, toda vez que, el finado ignoraba cualquier padecimiento o afección cardíaca en la fecha en la que se suscribió el contrato, puesto que sólo en enero de 2003 fue atendido por el servicio médico de Cardiología del Hospital Naval de Cartagena tal y como se puede constatar en la historia clínica del mismo¹¹.

Así las cosas, el A QUO referencia que la aseguradora demandada no logró demostrar la reticencia alegada, puesto que no le era suficiente con dilucidar la preexistencia de la misma, sino que más allá de ello, debió

⁸ Folio 281 del cuaderno principal N° 2

⁹ Ver a folio 297 del cuaderno no.2

¹⁰ Ver a folio 351 a 358 del cuaderno no. 2

¹¹ Ver a folios 72-76 del cuaderno principal

demostrar la mala fe con la que el tomador actuó so pena de que opere la sanción de nulidad relativa del contrato.

Pese a las razones antes expuestas el Juez Séptimo Civil del Circuito de Cartagena resolvió en dicha sentencia no acoger la totalidad de las pretensiones formuladas por la parte actora, por considerarlas algunas de ellas jurídicamente improcedentes, afirmando que el amparo adicional de "enfermedades graves" de la referida póliza se negará debido a que los riesgos comprendidos en la aludida cláusula no fueron cubiertos por la póliza, en el que no aparece valor asegurado alguno por el riesgo de alguna las enfermedades descritas taxativamente, a saber: cáncer, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal, o infarto al miocardio o si el asegurado fuere sometido a cirugía por enfermedad de las arterias coronarias diagnosticados medicamente durante la vigencia del mencionado amparo, y el pago de la respectiva indemnización habrá de hacerse, una vez acontecido alguna de las enfermedades anteriores directamente al asegurado, no siendo, por tanto, el beneficiario del seguro en mención, el menor **HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PÁEZ**.

Por último, desestimó la indemnización de perjuicios morales a cargo de la aseguradora, habida cuenta que éstos no fueron cubiertos por la referida póliza, de conformidad a lo que enmarca su literalidad. Así mismo indicó el A quo, desatendiendo la pretensión de la parte actora, que la indexación de la condena corresponderá al valor asegurado inicial más el incremento anual pactado en la póliza.

5

IMPUGNACIÓN

Los apoderados judiciales, tanto de la demandante como de la demandada, interpusieron, sin sustentar en primera instancia, recurso de apelación contra la sentencia proferida¹², el que fuera concedido en el efecto suspensivo, según providencia fechada agosto 4 de 2015¹³

TRÁMITE EN LA SEGUNDA INSTANCIA:

Arrimado el expediente, el 4 de septiembre de 2015, el Tribunal lo admite según consta en providencia del 7 de septiembre de 2015¹⁴ y con fecha del 15 de los mismos mes y año, esta Sala dispone correr en traslado a las partes por el término común de 5 días, de conformidad con el artículo 360 del C. de P. Civil¹⁵. Ambas partes hacen uso del derecho concedido, la demandante, pretextando que el fallo desestimó por completo la pretensión correspondiente a la indemnización de perjuicios morales sufridos por el accionante al acaecer la muerte de su padre; del mismo modo aduce, luego de realizar un estudio pormenorizado de los perjuicios

¹² Folios 386 y 387 del cuaderno principal N° 2

¹³ Folio 388 del cuaderno principal N° 2

¹⁴ Folio 3 del cuaderno de segunda instancia

¹⁵ Folio 5 del cuaderno del Tribunal.

morales, que el A QUO yerra gravemente al considerar que éstos no se hallaban cubiertos por la póliza, así como en la mala aplicación de la condena en costas.

Para sustentar su impugnación, aduce que el fallador no solo desestima la pretensión correspondiente al pago de perjuicios morales, sino que además, no aprecia ni valora el material probatorio obrante en el proceso que logra demostrar que los perjuicios aludidos y causados a la parte demandante, quien es un menor de edad y cuando fallece su padre contaba con tan sólo 4 años de edad, por lo que aún sigue padeciendo por el incumplimiento por parte de la aseguradora demandada.

En lo que respecta a la condena en costas, fundamenta que el fallador aplicó erróneamente el numeral 1.1 del artículo 6 del Acuerdo No. 2222 de 2003, puesto que condenó a la demandada a reconocer y a pagar al demandante un interés moratorio sobre el monto de la condena igual al certificado como bancario corriente por la superintendencia financiera aumentado en la mitad, desde el uno (1) de abril de 2004 hasta el día que se produzca el pago de la misma. Lo anterior significa, que el pago de costas según lo establecido por el referido numeral, debe aplicarse sobre las pretensiones reconocidas en la sentencia.

Respecto a la parte demandada, ésta manifestó su inconformidad con la decisión proferida en la sentencia, alegando que el fallador incurrió en un error al descartar la declaratoria de nulidad del contrato de seguros, y al atestar que la aseguradora por dedicarse de manera profesional a la actividad aseguraticia, debió ser diligente, y en ese mismo ejercicio de diligencia, descubrir el verdadero estado de salud del tomador e imponiendo tal deber por encima del deber de declarar el verdadero estado de riesgo.

La aseguradora sustenta su alegación en la tergiversación del principio de buena fe que realiza el juez de primera instancia, y hace mención a la declaración realizada por el tomador del seguro, en donde se garantiza que las respuestas que se encuentran surtidas en ella son exactas y verdaderas, y que tampoco se le pide al tomador especiales conocimientos médicos, sino una información que debe conocer en la medida en que resulta obvio y lógico que cada persona tenga conocimiento de las enfermedades de importancia que padece.

Advierte la inexistencia de nexo causal con las circunstancias que dieron lugar al deceso, esa omisión o inexactitud del tomador al momento de la celebración del contrato de seguros afectó su validez en la medida en que comportó un vicio de consentimiento de la aseguradora quien consintió la celebración del contrato con base en un error, ocasionado por el comportamiento desleal del asegurado. Por último, aduce que la cláusula que hace mención al incremento del valor asegurado señala que

éste debe realizarse sobre el monto inicial y no sobre el incrementado conforme a los periodos anuales anteriores, esto es, el monto inicial de \$10.000.000, por lo que el 20% corresponde a \$2.000.000, cifra que se incrementaba anualmente. En consecuencia, el valor asegurado final de la póliza, vigente al momento del fallecimiento del asegurado, era la suma de \$18.000.000.

CONSIDERACIONES:

Ab initio y previo el obligado ejercicio de control de legalidad, se pudo constatar que en este conflicto se reúnen todos los presupuestos procesales necesarios para el nacimiento válido de la relación jurídica procesal, el desarrollo normal del proceso y su culminación con sentencia que defina el fondo del asunto; toda vez que el demandante es persona natural, que se encuentra representada legalmente por su progenitora, y la demandada es persona jurídica cuya existencia y representación están debidamente acreditados, el Juez Séptimo Civil del Circuito de la ciudad de Cartagena es el competente para conocer esta controversia en primera instancia y la demanda cumple con todos los requisitos exigidos por la ley; desde otra órbita, no se observa vicio alguno que pueda afectar con nulidad lo que hasta la fecha se ha realizado y que pudiere impedir decidir de manera definitiva el conflicto.

Es importante advertir que esta Superioridad resolverá este asunto sin ningún tipo de limitaciones, habida cuenta que la decisión de primera instancia fue recurrida por ambas partes, como lo autoriza el artículo 357 del C. de P. Civil; iniciando obviamente, con los motivos de inconformidad de la parte demandada y continuando con los de la parte actora.

7

A manera de prolegómeno empecemos por decir que una de las inconformidades de la parte demandada recurrente tiene que ver con la crítica que el A quo hace en relación con los argumentos invocados al contestar la demanda, que son diferentes a los motivos expuestos como fundamento de la objeción; para este recurrente, las razones expuestas para la objeción del reclamo no constituyen camisa de fuerza que impida aducir motivos diferentes en la contestación de la demanda.

Sobre este preciso motivo de inconformidad le asiste la razón al recurrente demandado porque, si como lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, la ausencia de objeción no es óbice para reconocer hechos exceptivos relacionados con la obligación demandada; con mayor razón, los argumentos aducidos al objetar la reclamación, no debe ser obstáculo para exponer unos diferentes al momento de contestar la demanda. Efectivamente, la Honorable Corte Suprema de Justicia ha dicho:

- *"(...)En realidad, la objeción oportuna y seria al reclamo impide considerar la obligación del asegurador como ejecutable, al*

tenor del artículo 1053 numeral 3º del C. de Comercio, por estimarse el derecho del beneficiario como discutido y, al contrario, la falta de objeción permite la ejecución de la obligación, por aparecer el derecho del beneficiario en principio como indiscutido, lo cual sin embargo no lo coloca en la categoría de indiscutible. (...)"¹⁶

En segundo lugar, como el debate – en principio- se centra en el fenómeno de la reticencia o inexactitud de la información dada por el tomador del seguro; se hace menester recordar que el axial principio de la buena fe debe estar presente en todas las fases o etapas del negocio jurídico – cualquiera que este fuere -; esto es, en las etapas preparatorias, pre contractual, contractual y pos contractual, como lo mandan perentoriamente los cánones 863, 871 del Código de Comercio y 1603 del Código Civil, cuando disponen:

- "ART. 863.- Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el período precontractual, (...)"
- "art. 871.- Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no solo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural."
- "art. 1603.- Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley pertenecen a ella".

En los contratos de confianza, dentro de los cuales se ubican por antonomasia, el de fiducia y el de seguros, este principio se torna en piedra angular, aún en los tratos preliminares; por eso se ha realizado que el contrato de seguro es un negocio jurídico de "*uberrimae bona fidei*", para resaltar el rol protagónico que desempeña la buena fe en este tipo de negociaciones.

Para esta Colegiatura es importante poner de relieve que el principio del que se ha venido haciendo mención rige no solo para el tomador del seguro, también obliga a la compañía aseguradora, en otras palabras, este principio es de doble vía; y se hace esta precisión porque por algunos se ha entendido equivocadamente, que el artículo 1058 del estatuto mercantil solo exige buena fe al tomador cuando perentoriamente lo obliga a "*(...) declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo(...)*"

Con base en este distorsionado argumento, es de frecuente ocurrencia que las compañías aseguradoras con un voraz espíritu mercantilista – para atraer al cliente de cualquier manera – adoptan una cómoda y pasiva posición de descargar, en el tomador del seguro de vida, la obligación de

¹⁶ C.S.J. Sent. Junio 28 de 1993 M.P. Nicolás Bechara Simancas.

acreditar el estado actual de su salud, sin tomarse la molestia de comprobarlo; pues siendo la parte dominante en este tipo de contratos, atendiendo los principios de buena fe y lealtad contractual, deben ser más proactivas en la comprobación del riesgo que van a asumir, exigiendo, como mínimo, que el cliente aporte exámenes médicos y no esperar a que cuando se produzca el riesgo asegurado, objetar la reclamación bajo la presunción de que el tomador, voluntariamente y en forma maliciosa ocultó una enfermedad que, en muchas ocasiones, en realidad no conocía y que, como en este conflicto ocurrió, fue la causa determinante de su deceso.

Si las aseguradoras optaran por exigir siempre el examen médico a quien va a tomar un seguro de vida, con absoluta certeza, más de un contrato se frustraría; por eso adoptan la cómoda actitud de obviar la mencionada exigencia, y, no es que se quiera convertir a las aseguradoras expertas en temas médicos, como equivocadamente lo manifiesta el recurrente en sus alegatos, lo que se echa de menos es la falta de actitud proactiva de esas compañías para verificar el verdadero estado de salud de sus futuros clientes.

Al analizar situaciones muy similares a esta controversia, en donde se alega preexistencias o reticencias, la Honorable Corte Constitucional se ha pronunciado en múltiples oportunidades, siendo la más reciente aquella proferida en el año 2015, que se transcribe in extenso por cuanto en la misma se reitera la jurisprudencia de esa Alta Corporación:

“(....) 5.1. En los últimos años esta Corporación ha dictado varias sentencias resolviendo conflictos relacionados con el no pago de pólizas de seguros porque en criterio de las aseguradoras los tomadores no brindaron en la declaración de asegurabilidad la información correspondiente frente a su estado de salud, lo cual posteriormente conlleva a una pérdida de capacidad laboral que termina con la invalidez del asegurado; en esos casos, de forma constante las aseguradoras han aplicado la figura de la reticencia en el seguro derivada de preexistencias médicas del asegurado al tomar la póliza, por lo que disponen el no pago del seguro poniendo en riesgo los derechos fundamentales de las personas, en especial, su derecho al mínimo vital. La grave afectación a tales derechos ha justificado la intervención excepcional de la Corte.

5.2. Esta línea jurisprudencial cuenta con múltiples sentencias, pero en esta oportunidad por tratarse de una reiteración jurisprudencial, la Sala centrará su estudio en las más relevantes que han sistematizado las reglas en la materia. Lo anterior, con el objeto de verificar cuáles han sido los principales criterios que esta Corporación ha tenido en cuenta para considerar que una aseguradora vulnera los derechos de sus asegurados tras la negativa de pagar el respectivo seguro.

*5.2.1 Así las cosas, como punto de partida se hará referencia a la sentencia **T-832 de 2010**. En esa ocasión la Corte estudió el caso de una señora de 54 años de edad que adquirió en el año 2005 un crédito con un*

banco, el cual fue amparado por un seguro de vida grupo deudores suscrito con una aseguradora. La señora trabajaba como docente y en el año 2009 su ARP le dictaminó pérdida de la capacidad laboral del 77.5%, motivo por el que fue retirada de la labor que cumplía en el municipio de Villavicencio. Ante tal situación, la peticionaria solicitó a la aseguradora hacer efectivo el seguro pagando la totalidad de la deuda crediticia, pero la respuesta que obtuvo fue la objeción al pago del seguro porque la disfonía que padecía tenía causa anterior a la época en que tomó la póliza. La actora tenía a su cargo una hija de 20 años y una nieta de 6 años, por quienes responde económicamente contando solo con el ingreso que percibía por pensión de invalidez.

Al abordar el estudio concreto del caso, la Corte fijó dos reglas importantes en materia de preexistencias y retención en los contratos de seguros, a saber: (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radica en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro; y, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Así, señaló lo siguiente:

"(...) la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores".

Aplicando tales reglas, la Sala Sexta de Revisión estimó vulnerados los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de la peticionaria, toda vez que la objeción realizada por la compañía aseguradora no contaba con las pruebas suficientes para determinar la preexistencia y acentuaba la situación de debilidad manifiesta de la peticionaria que solo contaba con una pequeña pensión para su digna subsistencia. En consecuencia, dispuso que la aseguradora efectuara los trámites necesarios para pagar el saldo insoluto de la obligación crediticia de la actora, por cuanto no existían exámenes médicos previos que permitieran concluir objetivamente que la disfonía era anterior a la fecha en que fue tomada la póliza de seguros.

5.2.2. Casi dos años después, en sentencia **T-751 de 2012**, la Corte estableció algunas reglas relacionadas con cargas que deben cumplir las aseguradoras cuando alegan preexistencias. En dicha providencia analizó dos casos de personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos, los cuales estaban amparados con pólizas de seguros de vida grupo deudores que configuraban el riesgo asegurado siempre que los tomadores perdieran más del 50% de la capacidad laboral y/o tuvieran el suceso denominado muerte.

La consideración central que desarrolló la sentencia giró en torno al principio de buena fe en los contratos de seguros, predicable respecto de los tomadores del seguro y, con mayor grado de exigencia, de las aseguradoras quienes lo materializan en el deber de redactar el clausulado de la póliza eliminando cualquier tipo de ambigüedad,

incluyendo expresiones precisas y taxativas de las preexistencias excluidas de cobertura del seguro con el fin de brindar una interpretación fidedigna de lo pactado entre los contratantes. Así, en criterio de este Tribunal Constitucional,

"[Cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-." [En consecuencia] "la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo".

De acuerdo con ello, los límites a la libertad asegurativa "se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato". Ello implica, entonces, que la aseguradora, siguiendo la tesis de la sentencia T-832 de 2010 -ya referida-, debe exigir un examen médico so pena de no poder alegar preexistencias en eventos futuros, y menos aún, objetar el pago de la póliza mediante la figura denominada reticencia.

Aplicando esa regla de la buena fe en los contratos de seguro que implica eliminar ambigüedades contractuales, la Sala analizó en los casos concretos si los accionantes faltaron a la verdad al momento de suscribir las solicitudes de aseguramiento, evento en que la objeción de las aseguradoras se hallaría justificada, o si su declaración fue seria y sincera, supuesto en que la objeción debía ser rechazada; todo lo anterior teniendo en cuenta que se estaba en presencia de sujetos de especial protección constitucional que carecían de recursos económicos para garantizar su digna subsistencia, lo que comprometía sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la vivienda.

De ese análisis concluyó, en un primer caso, que existía duda sobre el conocimiento de una preexistencia por parte de la peticionaria al momento de declarar la asegurabilidad, es decir, no era claro ni se logró demostrar por la aseguradora que aquella tuviera conocimiento previo del padecimiento y que lo hubiese ocultado desconociendo el principio de la buena fe contractual. Por consiguiente, la Sala Primera de revisión señaló que ante la falta de prueba, no era posible aplicar la figura de la reticencia en el seguro por carecer de sustento y, por ende, concedió el amparo ordenando a la aseguradora asumir el pago del saldo insoluto del crédito hipotecario de la actora.

En el segundo caso que estudió, la Sala adujo que la aseguradora no tenía pruebas que acreditaran la reticencia en que había incurrido el tomador difunto del seguro, más aún porque en el dictamen de pérdida de capacidad laboral se reconoció como enfermedad determinante de la invalidez el accidente cerebrovascular y no otros padecimientos del tomador. Lo anterior demuestra que privilegia el principio de buena fe que debe regir los contratos de seguros, salvo que medie prueba en contrario.

5.2.3. Más adelante, en la sentencia **T-222 de 2014** la Corte resolvió tres expedientes acumulados que tenían en común que los accidentes habían adquirido créditos con entidades financieras, los cuales estaban respaldados por contratos de seguros suscritos con diferentes aseguradoras que ante la invalidez de los tomadores superior al 50%, negaron el pago de las pólizas argumentando que las enfermedades fueron adquiridas con anterioridad a la celebración del contrato y que los peticionarios habían incurrido en reticencia al no informar sus antecedentes médicos en la declaración de asegurabilidad.

En esa oportunidad la Sala Novena de Revisión, **juego de trazar la nutrida línea jurisprudencial sobre los conflictos que se derivan por el no pago de la póliza de seguros que ponen en riesgo los derechos fundamentales de las personas a pesar de haber acaecido algún tipo de preexistencia, estableció las siguientes reglas que merecen ser resaltadas: (i) la procedencia de la tutela se habilita cuando el accionante carezca de recursos económicos necesarios para seguir pagando las cuotas del crédito asegurado, además de ser un sujeto de especial protección constitucional; (ii) la familia del asegurado debe depender económicamente de él, por lo que la tutela resulta ser idónea y eficaz garantizar los derechos fundamentales de todo un núcleo familiar; (iii) la carga de declarar no puede convertirse en una carga excesiva para el tomador del seguro, pues existen casos en los que las cláusulas son tan ambiguas que no es posible, naturalmente, suministrar con toda certeza las calidades del asegurado; (iv) la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora, y, (v) la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguros, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en el futuro.**

Adicionalmente, al referirse de manera puntual a la figura de la reticencia que contempla el artículo 1058 del Código de Comercio, precisó que ésta implica "una mala fe en la conducta del tomador del seguro" quien decide no divulgar información relevante sobre su estado de salud, es decir, involucra una valoración subjetiva del comportamiento silente, lo que dista del trato que se da a las preexistencias porque aparejan un hecho objetivo que no siempre puede entenderse como sinónimo de reticencia; entonces, "la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia". Así, se preguntó la Sala en esa ocasión "¿quién debe probar la mala fe?", a lo cual respondió que "deberá ser la aseguradora" porque es a ella a quien corresponde decir que por los hechos no informados, el contrato de seguros se hizo más oneroso, o porque de haberlos sabido, se habría abstenido de suscribir la póliza respectiva. En síntesis, como lo concluyó esa sentencia,

"la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia".

Con base en esas reglas, al aplicarlas a los casos concretos terminó concediendo el amparo argumentando la procedencia del mismo y que en ninguno de los casos las aseguradoras habían demostrado la reticencia de mala fe por parte de los tomadores de los seguros de vida grupo deudores.

5.2.4. Ahora bien, en la sentencia **T-830 de 2014** esta Corporación estudió dos casos acumulados en los cuales las aseguradoras negaron el pago de pólizas de seguros a docentes que sufrieron pérdidas de capacidad laboral superiores al 80%, alegando que las tomadoras incurrieron en reticencia por no informar que padecían enfermedades que, según aquellas, eran preexistentes.

Puntualmente, por ser relevante, el primer caso refería a una docente nombrada en propiedad en el municipio de Valledupar, a quien en mayo de 2013 le fue aprobado un crédito que amparó con un seguro de vida cuyo riesgo asegurado era la muerte o la discapacidad total y permanente superior al 50%. Debido a que en septiembre de ese mismo año fue diagnosticada con graves problemas psiquiátricos y calificada con pérdida de capacidad laboral superior al 95.45%, cuyo fecha de estructuración el 1º de septiembre de 2013, la aseguradora negó el pago del siniestro invocando el artículo 1058 del Código de Comercio, es decir, reticencia porque la tomadora no informó en la declaración de asegurabilidad que tenía enfermedades psiquiátricas.

Al abordar el estudio de ese caso concreto, la Sala Novena de Revisión reiteró la sentencia T-222 de 2014, en cuanto a que las preexistencias no son sinónimo de reticencia pues el artículo 1058 del Código de Comercio castiga la mala fe del tomador del seguro. Por ende, indicó que las aseguradoras deben cumplir con determinadas cargas para eximirse de la responsabilidad de no cumplir con sus obligaciones aduciendo una preexistencia como causal de reticencia, a saber: "(i) probar que la enfermedad fue adquirida antes de la celebración del contrato, pero además, para ello, debió (ii) haber hecho un examen de ingreso que dé cuenta del estado de salud del asegurado. Igualmente, (iii) en caso de haber cumplido con esas cargas, deberá probar que entre la preexistencia y la conducta del tomador existió mala fe. No basta alegar preexistencia sin que se exija demostrar mala fe".

A partir de esas reglas, encontró vulnerados los derechos de la docente inválida porque la aseguradora fue negligente y no demostró que hubiese

practicado el examen de ingreso a la tomadora a fin de determinar su estado de salud al momento de firmar el contrato, y se limitó a decir que existía una preexistencia y por tanto reticencia, sin señalar las razones por las cuales consideraba que hubo mala fe en el actuar de la actora. Lo anterior, sumado a la situación de vulnerabilidad por invalidez y carencia de recursos económicos de la accionante. Por consiguiente, ordenó a la aseguradora cancelar el saldo insoluto de la obligación suscrita entre la peticionaria y la entidad bancaria correspondiente.

5.2.5. De forma más reciente, en sentencia **T-007 de 2015**, la Sala Sexta de Revisión de la Corte estudió una acción de tutela que presentó una docente nombrada en propiedad en un plantel educativo de Valledupar, contra una aseguradora que se negó a pagarle el seguro de vida e incapacidad permanente que adquirió en noviembre de 2002 y que modificó varias veces, siendo la última vez en junio de 2010 cuando disminuyó el valor asegurado a la suma de \$40'000.000. La actora durante su desempeño como docente fue calificada con pérdida de la capacidad laboral del 95.45%, con fecha de estructuración del 10 de mayo de 2013 porque padecía de disfonía, laringofaringitis crónica y un quiste en la laringe. Por medio acto administrativo fue retirada del servicio como docente dada su invalidez, lo que motivó el reclamo del seguro, pero obtuvo como respuesta de la aseguradora la objeción al pago de la póliza alegando preexistencia de la enfermedad y que la incapacidad era parcial y no total para ejercer una actividad remuneratoria.

En esa ocasión la Corte concedió el amparo definitivo al mínimo vital y a la protección y asistencia de las personas con discapacidad, ordenando a la aseguradora que efectuará el pago respectivo por cuanto en el clausulado del contrato no se especificaron las preexistencias que generaban exclusión, al igual que presentaba ambigüedades respecto al porcentaje para determinar la invalidez por cuanto no existía un parámetro claro para definir la incapacidad o invalidez del tomador para que se constituya el riesgo asegurado, por lo cual la Sala fijó como regla que se debe garantizar como mínimo bajo el estándar del régimen de seguridad social en pensiones, esto es, cuando la incapacidad supera el 50%. En esos casos, si es superior y no se demuestra la mala fe al omitir reportar la preexistencia, señaló que debe mediar el pago del seguro respectivo.

5.3. Visto el anterior panorama jurisprudencial, la Sala concluye que cuando existe un conflicto entre un sujeto de especial protección constitucional que carece de recursos económicos para subsistir y una aseguradora, relacionado con el no pago de una póliza de seguro porque en criterio de ésta, aquél incurrió en reticencia al no brindar la información real de su estado de salud al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y posteriormente la enfermedad omitida conllevó la pérdida de capacidad laboral del asegurado por invalidez superior al 50%, se debe resolver aplicando las siguientes reglas: (i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; (ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer

de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; (iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso (iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. (...)”¹⁷ (Las negrillas y el subrayado no se encuentran en el texto original).

El que la sentencia transcrita en líneas precedentes y las decisiones evocadas en ella hubiesen sido adoptadas en sede de tutela, no impiden que sean acogidas por esta Superioridad por cuanto, en primer lugar, están reiterando la posición de tal Alta Corporación en materia del fenómeno conocido como “reticencia” o inconsistencia de información en el contrato de seguro; en segundo lugar y por sobre todo, por cuanto la Honorable Corte Constitucional – dentro de sus funciones – está realizando una interpretación constitucional del alcance del artículo 1058 del Código de Comercio.

Como aliengo a los razonamientos expuestos se tiene: “(...) Cuando hay posiciones encontradas entre la jurisdicción especializada y la constitucional prevalece esta última en virtud del principio de supremacía constitucional, ya que la jurisprudencia de la Corte Constitucional es producto de la interpretación autorizada de la Carta Política y debe irradiarse sobre las demás jurisdicciones. (...)”¹⁸ (El subrayado y las negrillas no se encuentran en el texto original).

Ahora bien, para los efectos del análisis que se realiza, con incidencia en la decisión que se debe adoptar, observando detenidamente las pruebas aportadas en este asunto, encontramos acreditado:

1. El 23 de Julio de 1999 entre los señores NILO RODRÍGUEZ PAYARES- tomador – y la sociedad SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.- aseguradora-, se celebró contrato de vida temporal renovable automáticamente hasta la edad de 80 años.
2. Que los amparos asegurados era el básico de vida, invalidez, muerte accidental, invalidez y desmembración.
- 3.- Que antes de la fecha de celebración del contrato, más concretamente el 2 de julio de 1999 el asegurado expresamente manifestó que a esa fecha se encontraba en buen estado de salud, no sufrir alguna enfermedad, no estar sometido a tratamiento, no le han diagnosticado hipertensión arterial,

¹⁷ Sentencia T-393 de 2015. MP.(E) Myriam Ávila Roldón

¹⁸ Sentencia SU-298 de mayo 21 de 2015. M.P. Gloria Stella Orfíz.

cáncer, diabetes, afecciones cardíacas, respiratorias, insuficiencia renal, sida y en general de ninguna enfermedad crónica grave,

4.- Que al momento de celebrarse el contrato de seguro, el asegurador venía siendo tratado por dos enfermedades (miopía y epicondilitis).

5.- Que el tomador del seguro, señor NILO ROGELIO RODRÍGUEZ PAYARES falleció el 1º de enero de 2004,

6.- Que la causa de la muerte del asegurado fue un "paro cardio respiratorio",

7.- Que según la historia clínica del señor Rodríguez Payares, las afectaciones cardíacas fueron detectadas en enero de 2003, cuatro años más tarde de tomado el seguro,

8.- El beneficiario era el hijo del tomador – para la época menor de edad "AROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PÁEZ

9.- Que el beneficiario del seguro, HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PÁEZ, para la época del fallecimiento del tomador del seguro, era menor de edad, tenía 7 años 3 meses.

11.- Que al momento de tomar el seguro, al señor Nilo Rogelio Rodríguez Payares no se le practicaron exámenes médicos para detectar algún tipo de enfermedad en especial.

De lo dicho se infiere con meridiana claridad que al momento de su declaración, antes de contratar el seguro el 23 de Julio de 1999, más exactamente el 2 de julio de 1999 – el señor Rodríguez Payares omitió comunicar que estaba siendo tratado por dos enfermedades "miopía" y "epicondilitis"; no obstante lo anterior, no toda inexactitud en la información trae como consecuencia la declaratoria de nulidad relativa, pues para que esta ejemplarizante sanción pueda ser impuesta, se requiere que esa omisión hubiese ocurrido con manifiesta mala fe; es decir, con una clara voluntad de obtener una ventaja o beneficio y que la información callada sea relevante; como en reiteradas providencias lo ha exigido la Corte Constitucional, según quedó visto en las sentencias evocadas párrafos arriba.

Sobre este tópico, la Honorable Corte Suprema de Justicia, ha dicho:

- "(...) en la legislación colombiana, per se, no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas ineluctablemente, a eclipsar la intención del asegurador, generando los letales efectos que fluyen de la nulidad relativa, no empece que la descrita es regla generalísima, conforme se ha expresado. **De ahí que en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento,** dado que en punto tocante con vicisitudes advertidas –o advertibles – por las entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo aseguraticio, por vía de ilustración, el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege asignada a la prenotada reticencia o inexactitud: la nulidad relativa. Y lo hizo, ciertamente, acatando atendibles razones, no exentas de

*granada lógica. (...)*¹⁹(El resaltado no se encuentra en el texto original).

Si el asegurado omitió informar que venía siendo tratado por las enfermedades "miopía" y "epicondilitis", fue porque en su lógica e ignorancia médica, estimó de buena fe que esa información no era relevante para tomar el seguro de vida, además porque estas enfermedades no se encontraban enlistadas como enfermedades catastróficas incluidas en el cuestionario; ergo, mal puede predicarse mala fe en la actitud del señor NILO RODRIGUEZ PAYARES.

Por otra parte, está suficientemente acreditado que las afecciones cardíacas, casusa del óbito del asegurado, solo fueron diagnosticadas 4 años después de haberse celebrado el contrato de seguro, y, en ese orden, mal puede imputársele reticencia sobre una enfermedad que no conocía; todo porque se debe mirar el estado originario del riesgo; esto es, tal cual existía al momento de la declaración²⁰

Ahora bien, analizando el asunto desde el punto de vista estrictamente constitucional, en otras palabras, si se cumplen con las reglas establecidas por el máximo órgano de control constitucional, sobre todo las señaladas en la sentencia T 007-2015 en donde se estudia si existe un conflicto entre un sujeto de especial protección constitucional que carece de recursos económicos para subsistir y una aseguradora, relacionado con el no pago de una póliza de seguro porque en criterio de ésta, aquél incurrió en reticencia al no brindar la información real de su estado de salud al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

Recordemos que en esta controversia se enfrentan, de una parte, un sujeto de especial protección constitucional: El beneficiario del seguro: HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PÁEZ [nacido el 21 de noviembre de 1996], para la época de la reclamación [año 2004], era menor de edad pues contaba con escasos 7 años y algunos meses, que carece de recursos económicos para subsistir: él y su progenitora dependían exclusivamente del tomador del seguro NILO RODRÍGUEZ PAYARES, según se desprende de las declaraciones rendidas por YANDITH DEL CÁRMEN MESTRA COGOLLO²¹; INDIRA HOLGUÍN OROZCO²² y GILBERTO BARRIOS ACEVEDO²³; de la otra parte, nos encontramos a la Aseguradora demandada que se niega a cancelar la reclamación alegando reticencia por cuanto el tomador del seguro no brindó información real.

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, agosto 2 de 2001, exp. 6146. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

²⁰ Corte Suprema de Justicia, julio 6 de 2007, Exp. 1999-00359-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo J.

²¹ Folio 310 del cuaderno principal nº 2

²² Folio 312 del cuaderno principal Nº 2

²³ Folio 342 del cuaderno principal Nº 2

Cumplíendose entonces con los presupuestos indicados en la sentencia T007-2015, como la misma providencia señala, se debe resolver aplicando las siguientes reglas:

- (i) Los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado: **En el contrato que se revisa no se incluye como preexistencia que generara exclusión de cobertura las enfermedades denominadas "miopía" ni "epicondilitis"; es decir, al redactar las exclusiones lo hace de manera genérica.**
- (ii) Con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro: **Según lo relata la subgerente de la entidad demandada SANDRA PARDO BELTRAN, la aseguradora no realizó ni ordenó realizar al tomador de la póliza exámenes médicos previos²⁴**
- (iii) En caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio: **No se logró acreditar que el tomador del seguro incurrió en mala fe contractual o conocía de la preexistencia.**
- (iv) En todo caso no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia

Corolario de lo extensamente expuesto se tiene que no habrá lugar a reconocer la excepción propuesta de "NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO" y en lugar ordenar el pago del siniestro.

Corresponde enseguida determinar el monto del valor asegurado según los términos del contrato de seguro celebrado, que se repite es el PLAN TEMPORAL FLEXIVIDA DE CINCO (5 AÑOS), en efecto al leer detenidamente el punto 7 de las condiciones generales del seguro²⁵, se observa en el literal (b) del numeral 7. 2: *b) Para el plan temporal de cinco (5) años, FLEXIVIDA, el valor asegurado se incrementará cada año sobre el monto inicial en el porcentaje indicado en la carátula de la póliza. (...)*".

Y al regresar a la carátula de la póliza encontramos el crecimiento pactado es del 20% anual.

²⁴ Folio 325 del cuaderno principal N° 2

²⁵ FOLIO 10 DEL CUADERNO PRINCIPAL N°1

Entonces, si el valor asegurado inicial por el amparo básico de vida fue establecido en la suma de \$ 10.000.000,00, el incremento del 20% siempre se hará sobre los 10.000.000 iniciales y en ese orden le asiste razón al togado que representa los intereses de la sociedad demandada; como el tomador del seguro fallece estando en curso el último año del plan, luego el monto del valor asegurado definitivo corresponde a DIECIOCHO MILLONES DE PESOS (\$ 18.000.000).

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, sobre la anterior suma la demandada deberá reconocer, a partir del 1° de abril de 2004, fecha en que venció el plazo estipulado legalmente para el pago, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, tal como lo ordenó el Juez A quo en su juiciosa providencia.

Lo anterior es razón suficiente para no indexar la suma a pagar, pues como lo ha establecido la Corte los intereses mercantiles resultan incompatibles con la indexación en tanto que ambos persiguen el mismo fin, la actualización del poder adquisitivo.

En relación con los perjuicios morales estos tienen una doble lectura: a) Como amparo, el cual debe ser pactado en forma expresa, lo que no sucedió en esta oportunidad y por tanto la Sala se abstendrá de reconocerlo y (b) Como daño por el no pago oportuno de la reclamación y en este sentido considera esta Superioridad que no fueron demostrados debidamente, ya que sólo se limitó a enunciarlos, sin que las declaraciones rendidas tengan la suficiente entidad para afirmar que con estos testimonios se acreditaron.

Para terminar, en relación con las costas, concretamente con las Agencias en derecho, bástenos con decir que este no es el escenario procesal para reclamar, pues conforme lo ordena el inciso segundo del numeral 3° del artículo 393 del Código de Procedimiento Civil, modificado por el numeral 199 del artículo 1° del D.E. 2282/89 y el artículo 43 de la ley 794 de 2003.

Así las cosas, se confirmará la sentencia de primera instancia, pero modificando la misma en lo correspondiente al monto del valor asegurado, para reconocer la suma de \$18.000.000, por fallecer el tomador estando en curso el último año del seguro. No habrá lugar a condena en costas en esta instancia.

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil Familia del Tribunal Superior de Cartagena Bolívar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

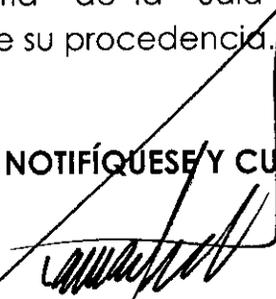
PRIMERO: MODIFICAR el numeral 1° de la sentencia proferida el 13 de marzo de 2015, por el Juez Séptimo Civil del Circuito de Cartagena, dentro del proceso Ordinario instaurado por la señora OMAIRA DEL SOCORRO PÁEZ BURGOS, en representación de su menor hijo HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PÁEZ, contra la sociedad "SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.", en lo correspondiente al monto del valor asegurado, por lo tanto en su lugar se reconoce a pagar a favor del demandante la suma de DIECIOCHO MILLONES DE PESOS (\$ 18.000.000) y sobre este valor se debe reconocer a partir del 1° de abril de 2004, fecha en que venció el plazo estipulado legalmente para el pago, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad, conforme a lo expuesto en la parte motiva y a lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

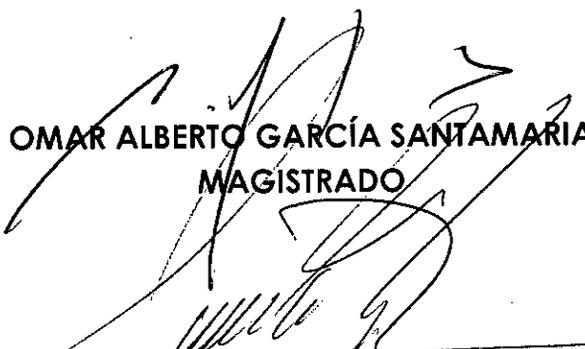
SEGUNDO: CONFIRMAR los numerales 2 y 3 de la sentencia proferida el 13 de marzo de 2015, por el Juez Séptimo Civil del Circuito de Cartagena, dentro del proceso Ordinario instaurado por la señora OMAIRA DEL SOCORRO PÁEZ BURGOS, en representación de su menor hijo HAROLDO EMILIO RODRÍGUEZ PÁEZ, contra la sociedad "SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.".

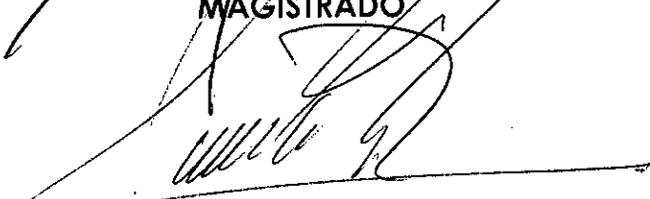
TERCERO: Sin costas en esta instancia.

CUARTO: Notificada en debida forma la presente providencia, se ordena a la secretaria de la Sala **DEVOLVER** oportunamente el expediente al juzgado de su procedencia.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE


RAMÓN ALFREDO CORREA OSPINA
MAGISTRADO PONENTE


OMAR ALBERTO GARCÍA SANTAMARÍA
MAGISTRADO


MARCOS ROMÁN GUIO FONSECA
MAGISTRADO