



Señores:

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA

SALA CIVIL

Magistrado Sustanciador: JOSE MAURICIO MARIN MORA

Palacio de Justicia

Bucaramanga

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSION SEGUNDA INSTANCIA

REFERENCIA: DEMANDA ORDINARIA CIVIL

DEMANDANTES: CLAUDIA MILENA HERRERA RAMIREZ Y JUAN BERNARDO HERRERA MUÑOZ HIJOS DE BERNARDO HERRERA MORENO (QEPD)

DEMANDADOS: 1.- ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
2.-BANCO CORBANCA - ITAÚ

MEDIO DE CONTROL: DEMANDA ORDINARIA CIVIL – PROCESO DECLARATIVO EN LA JURISDICCION CIVIL – JUZGADOS CIVILES DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA

RADICADO: 68001310300520200024501
RAD. INTERNO 173/2023

CARLOS ARTURO HERRERA MORENO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 91.217.452 de Bucaramanga, abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional N° 54.348 del C.S.J, con domicilio en la Carrera 23 No. 51-63 de Bucaramanga, obrando como apoderado judicial de **CLAUDIA MILENA HERRERA RAMIREZ**, mujer mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número C.C. N° 63.533.946 expedida en Bucaramanga - Santander, y **JUAN BERNARDO HERRERA MUÑOZ**, varón mayor de edad identificado con la C.C. N° 1.098.800.186 expedida en Bucaramanga, vecinos y residentes en la ciudad de Bucaramanga respectivamente, y que mediante auto notificado con publicación en estados del 16 de marzo del año 2023 y teniendo en cuenta el trámite procesal señalado en el CGP, me permito presentar **ALEGATOS DE CONCLUSION PARA EMITIR SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA**, respecto de las pretensiones y hechos de la demanda y especialmente, bajo las siguientes consideraciones fácticas y legales:

1. Teniendo en cuenta que, **EL BANCO ITAÚ CORBANCA COLOMBIA S.A**, solicitó como respaldo de la obligación crediticia hipotecaria, suscribir con la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** UNA PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES N° 994.000.000.001, **suscrito así:** el tomador **BANCO: ITAÚ CORBANCA COLOMBIA S.A**, El beneficiario y/o **asegurado: BERNARDO HERRERA MORENO (QEPD)**, **valor asegurable: DOCIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES (\$234.000.000.00)**, para la adquisición de vivienda nueva correspondiente a UN APARTAMENTO EN EL EDIFICIO ARA CONDOMINIO CLUB PROPIEDAD HORIZONTAL con un costo de venta total por la suma de TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCO MIL PESOS (\$334.705.000) M/CTE.
2. Que, la compañía de seguros **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, **objetó** la reclamación efectuada el día 02 de marzo por los dos herederos, mediante comunicación **OBSP-19 – 3.586-RUI-19486**, del día **29 de**



marzo del año 2019, respecto del reconocimiento de la indemnización del amparo BASICO DE MUERTE por el **CREDITO HIPOTECARIO N° 484625621-00**, con un monto o valor insoluto señalado **el cual fue definitivamente DENEGADO por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, tomando como argumento legal lo señalado en el artículo 1058 del Código de Comercio y normas concordantes y tomando como argumento la revisión en ese mismo instante de la objeción, un historial médico de la Clínica ESIMED de Bucaramanga, en el cual evidenció que el señor BERNARDO HERRERA MORENO tenía antecedentes de cirrosis hepática, sin respaldo clínico y tratamiento certificado.

FUNDAMENTO DE LOS ALEGATOS

Me permito sustentar mis alegatos bajo los siguientes argumentos:

I.- DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO:

Para efectos del otorgamiento de la GARANTÍA HIPOTECARIA, el Banco ITAÚ, solicitó al señor BERNANRDO HERRERA MORENO (qepd), la suscripción de LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES, el cual es en primer lugar, un contrato de adhesión porque no es la voluntad del asegurado o tomador, sino del Banco ITAÚ en protección de sus intereses y porque lo exige para el desembolso y, es allí dónde el mismo banco ITAÚ, ni siquiera la Compañía de Seguros ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, le hace saber y firmar un formato para la solicitud de productos persona natural, y en el mismo le tomó la **DECLARACION DEL ESTADO DE SALUD O DE RIESGO**, y en dicha fecha lo diligenció el fallecido BERNARDO HERRERA MORENO de **BUENA FE** y sin tener en ese momento, esto es día 19 de octubre del año 2018, ninguna condición médica o diagnósticos con secuelas, tratamientos pendientes y/o riesgo de muerte que le limitara su vida normal, como indebidamente lo señaló la apoderada de la aseguradora en la contestación de la demanda aduciendo, respecto de la ocultación de tratamientos por diversas enfermedades y que por lo tanto no existió RETICENCIA O INEXACTITUD RELEVANTE DE LA DECLARACION, porque no tenía nada que ocultar en ese momento y su estado de salud en ese y otros créditos era excelente.

En igual condición ocurrió con el siniestro debidamente cancelado con otro crédito, solicitado en el año 2014, por valor de \$90.000.000 y con un saldo insoluto a la fecha del fallecimiento de \$52.257.732, debidamente reconocido y cancelado por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y en la misma fecha de objeción del que se está reclamando con la presente demanda, y con las mismas condiciones de declaración del estado de riesgo y con antecedentes médicos propios de la edad, pero en NADA RELEVANTE PARA INVALIDAR EL CONTRATO DE SEGURO.

Su estado de salud, se presentó a raíz de unas dolencias en el PANCREAS y que en últimas el fallecimiento se presentó por otro diagnóstico diferente, agravado por la demora en el descubrimiento e intervención de la enfermedad denominada pancreatitis, que es propia de muchas personas, ya sea hereditarias o por otros diagnósticos asociados y generó el fallecimiento, es decir no tenía conocimiento de dichos diagnósticos al momento de la declaración de estado de riesgo para la suscripción de la póliza y mucho menos de **hechos relevantes que ocultara de mala fe o con dolo o culpa**, e igualmente no probados por la aseguradora o por el Banco Itaú.

El señor BERNARDO HERRERA MORENO (qepd) en su calidad de cliente antiguo y con un estado crediticio excelente, mayor de 63 años de edad, y no experto en cuestiones de seguros, no era conocedor al suscribir el formato o la declaración de su estado de salud, de que era RELEVANTE O NO RELEVANTE para el Banco ITAÚ y para la aseguradora, en lo relacionado con la declaración solicitada, dichas facultades o razones de asegurabilidad, son propias de los expertos y asesores de la compañía de seguros, en aras a proteger los intereses del Banco ITAÚ, quién en últimas es quien ubica la compañía de seguros de su confianza y quien es el qué debe responder por las inexactitudes o errores en la declaración de asegurabilidad en procura de evitar demandas por dichos procedimientos y que no los realizó en la etapa precontractual y en mucho menos en la etapa contractual.



En cuanto al formato de declaración, no se evidenció una NOTA TÉCNICA por parte de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA o del BANCO ITAÚ, en la que le indicara al fallecido, qué tipo de enfermedades o de condiciones de salud eran RELEVANTES para el otorgamiento del contrato.

Adicionalmente, la apoderada de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA al contestar la demanda, manifiesta una extensa lista de enfermedades con las cuales debió haber denegado el otorgamiento de la póliza o hacerla más gravosa, teniendo en cuenta que estaba en una etapa precontractual, pero igualmente la Aseguradora Solidaria de Colombia, tampoco probó la existencia de una PREEXISTENCIA anterior y una RELACIÓN DE CAUSALIDAD entre esta y el fallecimiento, respecto de la enfermedad señalada en **la objeción**, por el contrario, solo la determinó al momento de recibir la solicitud del reconocimiento de la indemnización por el fallecimiento del señor BERNARDO HERRERA MORENO ocurrido el 02 de marzo del año 2019, tema tratado igualmente en la reciente sentencia de la Corte Suprema de Justicia Sala Civil - SC3791-2021: Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01 y que es de recibo para el presente caso

...” Finalmente, se dictó el fallo T-027 de 2019, en el que, sin muchos pormenores, se aplicó una de las distintas hermenéuticas utilizadas al evaluar la reticencia en materia de seguros de vida grupo deudores: la necesidad de probar. un nexo entre la patología cuya declaración se omitió y la estructuración del siniestro: «La Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión».

II. BUENA FE DEL BENEFICIARIO O ASEGURADO

En cuanto al PRINCIPIO DE BUENA FE señalado en el artículo 871 del Código de Comercio y normas concordantes y por reiterada jurisprudencia CONSTITUCIONAL Y DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVL, es pertinente solicitar respetuosamente a los Magistrados, observar inicialmente los antecedentes financieros del fallecido BERNARDO HERRERA MORENO (QEPD) entregados por el mismo banco ITAÚ, los cuales no solo son los entregados por el banco ITAÚ, sino de los bancos que le antecedieron, a saber: BANCO SANTANDER DE ESPAÑA, BANCOQUIA Y SANTANDER DE COLOMBIA, durante prácticamente toda su vida crediticia, indicio este que nos ilustra, que en ningún momento tenía la intención de ocultar enfermedades para dejar las obligaciones saldadas con un seguro, simplemente se presentó posterior al contrato la enfermedad señalada que la causó la muerte.

Adicionalmente, dicha información si se anexó a la demanda con copia de la información financiera del señor BERNARDO HERRERA MORENO, con el Banco Itaú y por ende los que le antecedieron, dónde se denota la condición de un excelente cliente, cumplidor de sus obligaciones y que no era su primer crédito o primer negocio.

Los dos alegatos antes señalados, están plenamente respaldados por la Doctrina reciente y los reiterados fallos de la última década e incorporados en la demanda, igualmente mediante reciente SENTENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA – SALA CIVIL: SC3791-2021: Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01 fechada primero (1 º) de septiembre de dos mil veintiuno (2021) al señalar en los considerandos que:

.....” La pregunta a responder es si la prueba de la reticencia o inexactitud, sin más, era suficiente para decretar la nulidad relativa o implicaba demostrar algo adicional. En concreto, acreditar que el asegurador, de haber conocido la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos. 3.2.2. El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por « todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural». En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bonafidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su intermediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante. Ello, sin embargo, no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. En el seguro de vida, al decir que así la aseguradora «prescinda del examen médico» (artículo 1158) el tomador debe ser sincero al declarar el riesgo, en el fondo, ante la alternativa de corroborar o no tal manifestación, le está indicando a aquella obrar con diligencia y prudencia. Sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del



riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. La Corte, atendiendo las circunstancias en causa, ha matizado la intervención de la aseguradora. Alrededor suyo, tiene dicho, gira la «potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él»³. Todo, dijo en otra ocasión, «mediante i. . .) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertoss+. La uberrimae bonafidei, por lo tanto, se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. En palabras de la Sala, según los antecedentes antes citados, al «mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas». De modo que le corresponde al tomador expresar con sinceridad las circunstancias en que se halla, pero también al asegurador se le impone una labor de verificación, de investigación, de diligencia, de "pesquisa" como ya los había exigido al , de casación civil de 19 de abril de 1999, expediente 4929, en el cual la Sala preconizó que la buena fe es «un postulado de doble vía(...) que se expresa - entre otros supuestos- en una información recíproca», tesis reiterada el 2 de agosto de 2001, y reafirmada en el de el 26 de abril del 2007. Estos precedentes antes citados, pero que ahora recaba la Sala, estructuran una recia doctrina probable (artículos 4º de la Ley 169 de 1896, y 7º del Código General del Proceso) sobre el carácter bilateral de la buena fe, pero también sobre la obligación de indagación en cabeza de la aseguradora....”

III. MALA FE DEL TOMADOR POLIZA BANCO ITAÚ Y ASEGURADORA

Por el contrario en lo relacionado con la mala fé, esta sí se encuentra demostrada ya que el TOMADOR -BANCO ITAÚ Y la COMPAÑÍA DE SEGUROS ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, por ser un contrato de adhesión y en su condición de tener la posición dominante, y al ser el experto en los temas de créditos y los seguros, simplemente realiza los requisitos de llenar unos documentos como una formalidad mínima, más no con el cuidado y la investigación de las condiciones de salud de su cliente para evitar demandas por dicha falta de diligencia y cuidado, así lo determinó la nueva postura de la jurisprudencia Constitucional y de la Corte Suprema de Justicia – Sala Laboral, especialmente reitero en la reciente SENTENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA – SALA CIVIL: SC3791-2021: Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01, la cual señaló:

....” En el punto, recuérdese, que la Sala, así como la Corte Constitucional, han venido sosteniendo que como el contrato de seguros es de adhesión, y que en la actividad, la compañía ostenta posición dominante, los deberes son superiores. El máximo juez constitucional en el punto, al acrisolar con mayor rigor, su doctrina, .recientemente ha dicho: «La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores. «(...) El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

«(. .)El segundo -consecuencia del primero- es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil»²⁰. En síntesis, la interpretación de la póliza debió realizarse por la aseguradora siguiendo el principio pro consumatore, resolviendo toda duda a favor del asegurado o usuario,

IV. CARGA DE LA PRUEBA

En esta materia aplicable al presente caso, la misma sentencia SENTENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA – SALA CIVIL: SC3791-2021: Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01 señaló:

....” La carga de la prueba de tales elementos, por supuesto, gravita sobre quien alega la nulidad relativa del seguro, bien por vía de acción, ya como excepción. Los artículos 177 del Código de Procedimiento Civil y 167 del Código General del Proceso, así lo establecen. Según su tenor, « incumbe a las partes probar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen». Principios que responden al aforismo «onus probandi incumbit actori; reus excipiendo fit actor». El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador.



Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza « (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato» 11. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde armar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento....”

Por lo anterior y observando los documentos incorporados a la contestación de la demanda, dicha carga de la prueba, no está acreditada por parte de la Aseguradora Solidaria de Colombia y mucho menos por parte del Banco ITAU, y adicionalmente, los argumentos del fallador de primera instancia, no se acreditó que la supuesta cirrosis igualmente no comprobada científicamente, igualmente no fue la causa final del fallecimiento, en aplicación de la relación de causalidad exigido por los reiterados fallos jurisprudenciales y doctrinales.

Por lo que no es congruente con las pruebas dentro del proceso y el fallo emitido por el juzgado en primera instancia, de acuerdo a los nuevos postulados de las altas cortes tanto Constitucional como de la sala civil de la Corte Suprema de Justicia.

V.PRESCRIPCIÓN RESPECTO DE LA INEXACTITUD Y RETICENCIA Y POR ENDE LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO:

Reitero a los Magistrados, dar aplicación a la prescripción solicitada con la demanda dado por la verificación y objeción de la misma fuera de término por la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, respecto de la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, es preciso tener en cuenta, que por su negligencia y orientación del real estado de salud, la misma debe ser objeto de solicitar la prescripción señalada en el artículo 1081 del Código de Comercio, en especial porque alegó que la supuesta CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHOLICA data desde el mes de marzo del año 2017 y la objeción se presentó en escrito del día 29 de marzo del año 2019, esto es dos años después y que la doctrina ha señalado que:

ARTÍCULO 1081. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes. Con respecto a la regulación legal de la prescripción en el contrato de seguro, la Honorable Corte Suprema de Justicia, manifestó que “(...) el artículo 1081 del Código de Comercio, precepto que forma parte de la normativa del contrato de seguro, adopta un régimen especial en materia de prescripción, al estatuir que las acciones que se derivan de ese negocio jurídico, o de las disposiciones que lo rigen, puede ser ordinaria o extraordinaria. Para la prescripción ordinaria consagra un plazo de dos años, que tiene como punto de partida el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da la base a la acción, y para la extraordinaria, un término de cinco, que corre contra toda clase de personas y se computa a partir de la época del nacimiento del derecho.”

En lo relacionado con la solicitud de condena en subsidio por la responsabilidad civil extracontractual en contra del Banco ITAÚ, la misma es en subsidio de no ser condenado por la responsabilidad civil contractual contra LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

Solicito a los señores Magistrados, aplicar los anteriores principios y preceptos constitucionales y jurisprudenciales, ya que, la jurisprudencia en dicha materia ha cambiado en los contratos de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES, especialmente, tener en cuenta que esa falta de diligencia por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA en complicidad con el BANCO ITAÚ, le causan perjuicios irremediables a mis representados.

Por último, en las POLIZAS DE VIDA GRUPO DEUDORES, el interés asegurable es del BANCO ITAÚ, quien en últimas es quien debe demandar o solicitar el pago del saldo insoluto a la ASEGURADORA, porque es el banco el que está protegiendo sus intereses, y en el presente caso, no lo hizo, pero si acudió a efectuar requerimientos a los herederos para perseguir el cubrimiento del saldo insoluto del crédito hipotecario, efectuando continuas presiones a los correos para el correspondiente pago de la deuda insoluta, la cual por dicha presión mis representados acudieron a vender lo que les dejó el papá y de prestar el dinero para cubrir dicho saldo al BANCO ITAÚ.



Por lo anterior, solicito a los señores magistrados, revocar la decisión de primera instancia emitida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito y en su lugar ordenar la correspondiente condena respecto del reconocimiento del pago INSOLUTO DE LA DEUDA ante el BANCO ITAU, por el Crédito Hipotecario denegado por las demandadas y en favor del fallecido y hoy reclamado por su herederos.

En los anteriores términos dejo presentados mis alegatos de conclusión.

Con el debido respeto,

CARLOS ARTURO HERRERA MORENO

C.C. N° 91.217.452 de Bucaramanga

T.P. N°. 54.348 del Consejo Superior de la Judicatura