

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

JUZGADO OCTAVO CIVIL MUNICIPAL

Villavicencio Meta, abril dieciocho (18) de dos mil veintidós (2022)

Se procede a dictar sentencia en este proceso verbal instaurado por el señor ARNULFO TORRES USEDA en contra de COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y BANCO AV. VILLAS.

ANTECEDENTES

Señala el demandante a través de su apoderada que el 29 de mayo de 2015, le fue otorgado un crédito de libranza por medio del Banco AV VILLAS, por un monto de (\$11.000.000) once millones de pesos aproximadamente y, con una cuota mensual de \$272.000.

Señala que AV. VILLAS, asegura sus créditos amparando diferentes eventos por medio de la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA S.A., como son por MUERTE, HOMICIDIO, SUICIDIO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, hasta por el 100% del saldo de la deuda, tal y como lo acredita la póliza.

Refiere que ha venido cancelando la póliza de seguro, con el fin de cubrir cualquier eventualidad. A causa de diferentes situaciones adversas de salud ha tenido que dejar su labor independiente, y su único sustento es su pensión, la cual en la actualidad es de un salario mínimo. El valor de la cuota del crédito mensualmente es de \$272.000.

Añade que en la actualidad es pensionado por el ISS, por la pérdida de la capacidad laboral equivalente a un 57.45% dictaminado por la Junta de Calificación de Invalidez del Meta, por tanto, en el segundo semestre de 2015, mi prohijado de manera verbal, y amparado por el dictamen emitido por la JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META, realizó la solicitud de hacer efectiva la póliza por el amparo de la incapacidad Total y Permanente ante el BANCO AV VILLAS. Este le manifestó de manera verbal, que el dictamen no estaba vigente y que debía realizar una nueva solicitud de calificación, con el fin de hacerle valedero el amparo.

Itera que 7 de septiembre de 2015, radicó la solicitud ante la JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META, manifestando su pretensión que se le realizara una nueva calificación, por lo que el 30 de noviembre del 2015, en respuesta le manifestó textualmente "Ese dictamen se encuentra en firme y solo le proceden las acciones ante la justicia".

Consecuencia de lo expuesto, el 22 de diciembre de 2015, por escrito solicitó al BANCO AV VILLAS se hiciera efectiva la póliza, con el fin de dar cumplimiento al amparo de la Incapacidad Total y Permanente, y se cubriera la totalidad de la deuda, a lo cual el 26 de febrero de 2016, quien respondió la solicitud fue directamente la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA S.A., donde le informan que no existe riesgo asegurable, conforme el único amparo que cubre la póliza es el amparo básico de vida.

Indica que el 5 de febrero del 2018, solicitó a BANCO AV VILLAS copia de la Póliza del crédito de libranza donde se detallaran las condiciones y coberturas de la misma, la que fue entregada, sin embargo, el documento muestra taxativamente: 1. Dentro de la "VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO: Desde la fecha de desembolso del crédito 2015/05/29 hasta la fecha de cancelación del mismo" y dentro de sus amparos "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, incluyendo la producida por intento de suicidio". Es decir que la respuesta que se dio por parte de seguros ALFA el 26 de febrero de 2016 no obraba de conformidad.

Aduce que como se determinó que la Póliza tomada si cubría la eventualidad de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, se procedió a realizar la respectiva reclamación el 20 de abril de 2018, por lo que el 23 de mayo de 2018, la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA S.A., remite respuesta con radicado de siniestro No. 220216002614 dentro de la que aseguran

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDÁ
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

en la parte final del cuarto párrafo "solo estaba asegurado bajo el Amparo Básico de Muerte, por cuanto excedía la edad permitida para tener el derecho de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente".

Añade que se procedió a revisar dentro de los documentos la limitación de la edad a la cual hacen referencia y, dentro del certificado individual seguro de vida grupo deudores, amparos en la cláusula 12, señala: "INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE INCLUYENDO LA PRODUCIDA POR INTENTO DE SUICIDIO: SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE SETENTA (70) AÑOS ..."

Finaliza señalando que argumenta la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA S.A. dentro del certificado, podemos presumir que el Señor Arnulfo debía tener más de 70 años en el momento en el que le fue otorgado el crédito, y en razón a esa circunstancia, solo se le cubría el amparo básico de vida, sin embargo, para la fecha de la toma del crédito año 2015, solo contaba con 67 años, razón por la cual no se le restringió de la toma del seguro, ni se le limitó ningún amparo.

PRETENSIONES:

Solicito que se haga en sentencia las siguientes declaraciones y condenas:

- i) Condenar a la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA S.A. a pagar la póliza, la cual ampara el riesgo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, respecto al crédito de libranza, el cual cubre hasta el 100% del saldo de la deuda era desde noviembre de 2015, donde el saldo era de \$10.450.061Mcte.
- ii) Se ordene al BANCO AV. VILLAS a pagar las cuotas abonadas a la deuda, desde el momento en el que se realizó la primera solicitud, es decir, desde noviembre de 2015, las cuales suman \$ 9.436.212 M/cte, según la proyección de pagos que anexó.
- iii) Se le renumeran los intereses correspondientes a los dineros abonados a la deuda, los cuales no tenían lugar al pago, por un valor estimado de \$ 4.884.401 M/cte., y,
- iv) Condenar a costas del demandado en caso de que se opusiere a las pretensiones de la demanda y a las agencias en derecho a que hubiere lugar.

ACTUACION PROCESAL

La demanda que por reparto correspondió a este Despacho, fue admitida mediante auto fechado el 16 de enero de 2019, donde se ordenó correr el traslado correspondiente.

Notificado el auto admisorio de la demanda al banco comercial AV. VILLAS S.A., contestó la demanda señalando que ARNULFO TORRES USEDÁ, se le desembolsó crédito el 29 de mayo de 2015, por valor de \$ 11.249.071; para pagar en un plazo de 60 cuotas mensuales; para esa fecha el banco había suscrito con Seguros de Vida ALFA S.A., la póliza de seguro de vida grupo deudores No. GRD-443, para la vigencia 1 de mayo 2015 al 1 de mayo de 2016, con el objeto de amparar la muerte y la incapacidad total y permanente de los deudores de los créditos de libranzas con créditos al día o con una mora máxima de dos (2) cuotas; para el amparo básico de vida y de secuestro extorsivo, la edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años y sin límite de edad máximo para el ingreso y permanencia en la póliza; para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años, la máxima de ingreso es de sesenta y cuatro (64) años más 364 días. La permanencia en este amparo se mantendrá hasta los setenta (70) años más 364 días.

En el presente caso, el señor ARNULFO TORRES USEDÁ, ingresó a la póliza el 29 de mayo de 2015 fecha en la cual ya superaba la edad máxima de ingreso para tener acceso a la

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

cobertura por incapacidad total y permanente que es de 64 años más 364 días. El crédito se encuentra al día en el pago de las cuotas pactadas.

No me consta, la fecha de incapacidad y porcentaje de calificación de invalidez del señor ARNULFO TORRES USEDA y deben probarse.

Reseñó que en la Central Única de Reclamos CUR del Banco AV Villas con fecha 2015-12-30 03:48:39 PM se radicó con el número 7660246, un formulario de reclamación seguro de vida suscrito por el señor ARNULFO TORRES USEDA solicitando la cobertura por incapacidad total permanente, por lo que el departamento de seguros del Banco Av. Villas remitió la documentación a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., quien el 26 de febrero de 2016, le indicó que el evento reclamado carece de cobertura bajo el contrato de seguro que se pretende afectar, toda vez que se encuentra ausente uno de los elementos esenciales como lo es el Riesgo Asegurable; el señor ARNULFO TORRES USEDA únicamente cuenta con el amparo básico de vida como se expresó en las Condicionales Particulares de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores No. GRD-3 II.

Se opuso a las pretensiones teniendo en cuenta que el banco dio traslado oportuno a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., de la reclamación hecha por el demandante y es ella la encargada de calificar el siniestro para proceder a la indemnización correspondiente, competencia que no es del banco.

Propuso como excepciones de fondo la INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR PARTE DEL BANCO AV. VILLAS; EL BANCO CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN CALIDAD DE TOMADOR DEL SEGURO; EL BANCO AV. VILLAS NO ES LA ENTIDAD ENCARGADA DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO, CUALQUIER PRETENSION INDEMNIZATORIA DEBE DIRIGIRSE CONTRA QBE ASEGURADORA S.A.; INDEPENDIENTE DEL RESULTADO DEL PROCESO LA OBLIGACION FINALIZARA CON EL PAGO DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA; PRETENSION DE PERJUICIO CUANDO ESTOS NO SE HAN CAUSADO NI SE HAN ACREDITADO EN LA DEMANDA y la EXCEPCION GENERICA.

SEGUROS ALFA S.A., señaló que el Banco AV VILLAS asegura algunos de los créditos otorgados a favor de las personas naturales con esa entidad; la misiva fue contestada por unos de los funcionarios de Seguros alfa, y los demás hechos no le constan y deberán ser probados por el demandante.

En cuanto a las pretensiones se opone, solicita exonerar a SEGUROS ALFA S.A., de las pretensiones de la demanda y se condene en costas a la parte actora.

Propone como excepciones de mérito las siguientes:

FALTA DE CAUSA, fincada en que la actora fundamenta sus pretensiones en contra de una persona jurídica que no está obligada y que no ha suscrito contrato de seguros en el ramo de personas respecto de los créditos otorgados por el Banco AV VILLAS S.A.

BUENA FE, toda vez que SEGUROS ALFA S.A. Nit. 860.031.979-8 siempre ha obrado de buena fe y conforme a las costumbres del buen obrar;

COBRO DE LO NO DEBIDO, pues esa aseguradora no le adeuda al demandante el pago de ningún concepto de tipo legal, ni pago de ninguna otra naturaleza por no haberse constituido contrato de seguro en el ramo de personas y con el Banco AV VILLAS S.A.;

EXCLUSIÓN DE CULPA DE SEGUROS ALFA S.A., toda vez que la activa se equivocó al demandar a la persona jurídica SEGUROS ALFA S.A., y no haber demandado a la sociedad SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. Nit 860.503.617-3 y la GÉNERICA.

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

Considera que con la interposición estas excepciones perentorias, no reconoce la procedencia de las pretensiones formuladas por la parte activa, tampoco que esas pretensiones deban ser atendidas o reconocidas por mi representada, ni tampoco reconozco derecho alguno a favor de la parte actora.

SEGUROS DE VIDAS ALFA S.A., a través de su apoderado, dijo que los hechos no le constan a mi representada, son hechos y le compete probar a la parte activa. Agrega que el Banco AV VILLAS asegura algunos de los créditos otorgados a favor de las personas naturales con esa persona jurídica SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. NIT 860.503.617-3y quien contesto la misiva de la parte activa fue un representante de esa entidad, tal y como prueba el documento arrimado por la activa.

Aduce que del mismo clausulado de la póliza se evidencia en el punto numero 2 titulado exclusiones de la póliza y en el punto 2.2, y para el amparo de incapacidad total y permanente, señala que *"cuando el hecho o circunstancia que genero la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del deudor asegurado en el presente amparo"*, por lo tanto, en razón a que la incapacidad se dio con anterioridad a la inclusión del deudor en la cobertura de la póliza no aplica la indemnización correspondiente.

En cuanto a la edad máxima de ingreso a la cobertura de la póliza es de 64 años más 364 días y para la fecha en que se desembolsó el crédito a saber 29/05/2015 el deudor contaba con más de 65 años, en consecuencia, no era beneficiario del amparo de incapacidad total y permanente al momento del desembolso del crédito o inclusión en los amparos de la póliza. Referente a las pretensiones se opone en razón a que el deudor al momento de obtener el desembolso del crédito se encontraba por encima de la edad máxima para ser beneficiario del amparo de incapacidad total y permanente. De otra parte, el deudor omitió información importante al momento de suscribir el documento denominado SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN PÓLIZA DE VIDA aportado por el apoderado del Banco AV VILLAS, configurándose la reticencia.

Respecto de las demás pretensiones se opone a su prosperidad atendiendo al aforismo aquel que establece que la suerte de lo principal lo debe seguir lo subsidiario o secundario.

Propuso como excepciones de fondo:

FALTA DE CAUSA, sustentada en que la parte actora fundamenta sus pretensiones basada en una supuesta cobertura que a la fecha del desembolso del crédito no era de recibo, en atención a que el deudor contaba con más de 65 años de edad, adicionalmente dentro del mismo clausulado se evidencia que el deudor, así contara con la edad para obtener el amparo de incapacidad total y permanente, se encontraba inmerso dentro de las exclusiones para dicho amparo en virtud a que la incapacidad laboral con la que cuenta se estructuró con anterioridad al ingreso a la cobertura de la póliza.

NULIDAD RELATIVA, señalando que con los argumentos esgrimidos al contestar la primera pretensión de la demanda, solicito se declare la nulidad relativa del contrato de seguros en virtud a la reticencia, ya que el deudor omitió brindar información importante que necesariamente hubiese modificado los montos a pagar para la cobertura de los riesgos o incluso hubieren tenido efecto tal, que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., se hubiese abstenido de incluirlo dentro de la cobertura; sin embargo no se dio en virtud al diligenciamiento del formulario denominado solicitud de inclusión en póliza de vida, sino que desde el 7/06/2001 le tutelaron al accionante ARNULFO TORRES USEDA el derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida por el Juez Tercero Civil Municipal de Villavicencio en donde se evidencia que al accionante se le practicó un cateterismo en el año 2001.

BUENA FE: Toda vez que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. NIT 860.503.617-3 siempre ha obrado de buena fe y conforme a las costumbres del buen obrar.

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

COBRO DE LO NO DEBIDO: Toda vez que esa demandada no le adeuda al demandante el pago de ningún concepto de tipo legal, ni pago de ninguna otra naturaleza y, la GÉNÉRICA:

Aclara, que con la interposición de estas excepciones no reconozco la procedencia de las pretensiones formuladas por la parte activa, tampoco que deban ser atendidas o reconocidas por mi representada, ni tampoco reconoce derecho alguno a favor de la parte actora.

Corrido el traslado de las excepciones propuestas por las demandadas, la actora señaló frente a las de AV: VILLAS, lo siguiente:

Respecto de la excepción "inexistencia de la obligación de indemnizar" señaló que asistiendo al principio de solidaridad y bajo el supuesto que los usuarios o clientes financieros toman una póliza confiando que con el pago oportuno del crédito, se respalda cualquier contingencia en el transcurso del mismo, es necesario aclarar que la entidad financiera debe cumplir con una seguridad en el vínculo contractual entre esas dos partes y la entidad encargada de que el cliente tome la póliza es directamente el Banco, por ello le asiste la responsabilidad.

Si no fuere así, se estarían desconociendo los principios tales como la buena fe, la igualdad, el equilibrio contractual y además se dejarían de aplicar algunos elementos necesarios para la existencia del contrato de seguros como lo son el riesgo futuro e incierto y la obligación condicional.

Que "el banco cumplió con las obligaciones adquiridas en calidad de tomador del seguro", señaló que la entidad cumplió con trasladar la solicitud a la compañía de seguros, quien no otorgó favorablemente la solicitud y no argumentó por medio de ningún documento que el amparo de incapacidad total y permanente no hacía parte como interés asegurable de la póliza, o que el Señor Arnulfo no contaba con este amparo.

En cuanto a que "el banco Av. Villas no es la entidad encargada de verificar el cumplimiento del contrato de seguro", dijo que el banco goza de una posición dominante debido a que los clientes no tienen la potestad de negociar y de actuar en condiciones de igualdad, no se le otorga la potestad de elegir una entidad aseguradora por estar bajo una situación de subordinación y finalmente los usuarios solo se pueden amparar en el principio de buena fe dada la necesidad de los mismos sobre de los créditos.

Referente a la excepción "cualquier pretensión indemnizatoria debe dirigirse contra QBE ASEGURADORA S.A.", refirió que al fallar en favor de su prohijado, cualquiera de las entidades demandadas les asiste el pago de las solicitudes.

En lo atinente a que el "demandante omitió la información que le fue entregada sobre el producto de seguro de vida", manifiesta que nunca ha ocultado información, ni realizó conscientemente el desconocimiento de los documentos referidos, toda vez que los mismos no describen en si los amparos correspondientes, lo único que se puede inferir de los mismos es que él informó acorde todas las preguntas y requerimientos realizados.

En atención a la excepción "independiente del resultado del proceso la obligación finalizará con el pago del saldo insoluto de la deuda", señaló que no es pretensión de mi prohijado dejar de cancelar el crédito otorgado, su interés es desahogar sus pagos y reclamar lo que por derecho como usuario y cliente le corresponde.

Respecto de la defensa "pretensión de perjuicios cundo estos no se han causado ni se han acreditado en la demanda", dijo que en la demanda se pueden identificar concretamente los conceptos y valores reclamados, y allí no se aduce el pago de perjuicios, menos el valor aducido de \$20.000.000; se realiza reclamación por los dineros abonados, pues la reclamación

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

se realizó con anterioridad y el crédito pudo saldarse por parte de la aseguradora, no obstante, el Banco AV Villas, sin mediar siguió descontando los dineros.

De ser declarado el pago de la póliza por la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA, es menester de Banco Av. Villas realizar la devolución de los dineros descontados en el crédito, desde el momento en que se realizó la reclamación.

En cuanto a las excepciones propuestas por SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., las descorrió señalando:

La "FALTA DE CAUSA", fincada en que una vez más se demuestra que los clausulados y condiciones de las pólizas, varían según su comodidad, pues se evidencia que las repuestas de las reclamaciones extrajudiciales a "SEGUROS DE VIDA ALFA S.A", en diferentes oportunidades fueron disimiles, pues en septiembre de 2015 indicaron que: "El dictamen de la junta de calificación no se encontraba vigente", posteriormente manifiestan que "No existe riesgo asegurable" y luego más adelante en mayo de 2018 expresan que "solo estaba asegurado bajo el amparo básico de muerte, por cuanto excedía la edad permitida para tener el derecho de la cobertura".

En cuanto a la NULIDAD RELATIVA", nunca se ha ocultado información, ni desconoce de los documentos referidos, toda vez que los mismos no describen los amparos correspondientes.

La Corte, ha determinado que cualquier omisión del tomador no puede ser considerada como reticencia, pues la entidad aseguradora está en la obligación de tomar las medidas que considere conducentes para comprobar la información suministrada, la cual debe considerarse cierta en virtud del principio de buena fe, evitando en todo caso, las interpretaciones arbitrarias respecto del contenido del contrato y de los hechos.

La de "BUENA FE", se enmarca en que ambas partes de la relación contractual, actúan sin el ánimo de perjudicar a la otra, además, bajo el supuesto de que los usuarios o clientes financieros toman una póliza confiando que, con el pago oportuno del crédito, se respalda cualquier contingencia en el transcurso del mismo, más no, que se obstaculice cada una de las solicitudes del cliente con diferentes argumentos.

En referencia al "COBRO DE LO NO DEBIDO", señaló que se presenta una vez se identifique si "SEGUROS DE VIDA ALFA S.A." es responsable del cubrimiento de la contingencia, por ello, he realizado un juramento estimatorio; además que el actor ha continuado la cancelación del crédito acorde a lo pactado con la entidad financiera.

Para continuar el trámite procesal subsiguiente, se convocó a las partes y a sus apoderados a la audiencia de que tratan los art. 372 y 373 del C.G. del Proceso, habiéndose llevado a efecto el pasado 28 de marzo, donde se desarrolló en su integridad, defiriéndose el fallo para ser emitido por escrito, ante la imposibilidad de proferirlo en la misma audiencia.

CONSIDERACIONES:

Presupuestos procesales. Como la demanda origen de este trámite reúne las exigencias de forma que la Ley consagra para ella; las partes evidencian capacidad para conformar los extremos de la litis, actuando en el proceso por medio de sus apoderados judiciales debidamente reconocidos; el Juzgado ostentar competencia para conocer y decidir el asunto en conflicto; en consecuencia, por el Despacho debe afirmarse la satisfacción de los presupuestos procesales; aunado a lo anterior, ha de decirse que no se observa causal de nulidad alguna al momento de resolver la litis, con lo cual se determina la naturaleza meritoria del presente fallo.

Ha sido entablada la presente litis, por cuanto, quien ostentando la calidad jurídica de beneficiario de un seguro de vida, una vez acaecido el riesgo solicita que la Compañía de

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

Seguros de Vida Alfa S. A., está obligada a pagar la póliza, que ampara el riesgo de incapacidad total y permanente respecto del crédito de libranza, el cual cubre el 100% del saldo de la deuda del crédito de libranza, desde noviembre de 2015, donde de acuerdo con la proyección de pagos era por \$ 10.450.061 y como consecuencia de ello se ordene al banco AV. VILLAS, pagar las cuotas abonadas a la deuda que ascienden a \$ 9.436.212, según proyección de pagos, más sus intereses, que se estiman en la suma de \$ 4.884.401, proyectados según tasas de interés del Banco de la República.

Concepto. En virtud del contrato de seguro, el asegurador toma sobre si por un determinado tiempo todos o alguno de los riesgos de pérdida o deterioro que corren ciertos objetos o la vida, obligándose a cambio de la prima pagada a satisfacer la indemnización correspondiente estipulada previamente en la póliza.

Finalidad. Dar seguridad contra el riesgo. Al respecto, anota GARRIGUES que: *"el seguro no es más que un producto del riesgo, y que todo riesgo engendra una preocupación y un deseo de seguridad; por ello se afirma que el seguro pone lo seguro en lugar de lo inseguro"*.

El Contrato de Seguros y sus Elementos Esenciales.

Los hechos y pretensiones de la demanda se originan en un contrato de seguro, que está regulado en el Libro cuarto, Título V, del código de comercio. El Seguro es un contrato mediante el cual una persona jurídica denominada asegurador, debidamente autorizada para ello, asume los riesgos que otra persona, natural o jurídica, le traslada a cambio de una prima.

Por definición legal el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso y aleatorio (art. 1036); en él intervienen como partes el asegurador, persona jurídica que asume los riesgos (art. 1037, ord. 1º) y el tomador que, obrando por cuenta propia o por cuenta de un tercero, traslada los riesgos (arts. 1037, ord. 2º y 1039).

Los elementos esenciales son (art. 1045): 1.- El interés asegurable (arts. 1083 y 1137), 2.- el riesgo asegurable (art. 1054), 3.- La prima, cuyo pago se impone a cargo del tomador (art. 1066) y, 4.- La obligación condicional del asegurador que se transforma en real con el siniestro (art. 1072), y cuya solución debe aquel efectuar dentro del plazo legal (art. 1080).

Naturaleza. Si la aspiración del asegurado consiste en obtener la compensación de los daños a que eventualmente se encuentran dispuestos los bienes corporales o incorporeales que tengan un valor estimable en dinero y que puedan ser objeto de una estipulación lícita, el contrato de seguro que sobre ello se realice es un contrato de indemnización, pero la situación jurídica cambia cuando el contrato tiene por objeto las personas. En el primer evento nos encontramos frente a un contrato de previsión y de indemnización a la vez; en el segundo se trata únicamente de un contrato de previsión, cuyas características son disímiles. En los seguros que tienen por objeto las cosas la idea del enriquecimiento está jurídicamente desechada, la indemnización debe tener correspondencia exacta con el daño, pero cuando el objeto es la persona, la idea del enriquecimiento conserva su vigor expreso a través del canon 1138, que deja al arbitrio de las partes la fijación de la suma asegurada, subsanando así la falta técnica de reacción del artículo 1083 que no distingue los seguros patrimoniales y los seguros sobre la vida.

El artículo 1082 expresa que los seguros podrán ser de daños o de personas; aquellos a su vez podrán ser reales o patrimoniales.

De la variada gama que presentan los seguros de personas, el de mayor comercio lo constituye sin duda alguna el seguro de vida, que lo podemos definir, como un contrato por el cual el asegurador mediante una prima anual o única, promete una suma de dinero al contratante o sus causahabientes, bajo ciertas eventualidades que dependen de la muerte o de la vida del contratante o de un tercero asegurado. Conviene advertir que en el seguro convenido para el

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

caso de muerte, el riesgo no lo constituye la muerte del asegurado acontecimiento cierto, sino la incierta duración de la vida del mismo y consiste en permitirle al asegurado, mediante el pago de primas dejar al beneficiario o a sus herederos al momento de la muerte un capital.

El contrato de seguro sobre la vida, en sus distintas manifestaciones, es un contrato sui-generis que resulta ajeno como hemos visto a la nota indemnizatoria que domina los seguros patrimoniales. Consecuencia de este principio es la facultad que conserva el suscriptor de la póliza para cambiar la persona del beneficiario, acreedor condicional de la suma asegurada mientras esté vigente si este no concurrió a la formalización del mismo. (artículo 1149 del Código de Comercio).

El principio subrogatorio no tiene cabida en el seguro de personas, lo prohíbe expresamente el artículo 1139. En ocasiones el siniestro que pone en acto la obligación del asegurador proviene del hecho de un tercero, por ejemplo, el asegurado muere por lesión con un arma de fuego disparada por un tercero homicida, pues bien, aunque exista responsabilidad por parte de ese tercero, el asegurador debe pagar por que el homicidio no aparece como exclusión o excepción dentro del contrato. La aseguradora, por no ser el contrato de seguro de vida un contrato de indemnización, no puede subrogarse en los derechos del asegurado o sus beneficiarios o derechohabientes frente a los terceros causantes del daño.

Tal como se practica el seguro de vida actualmente, las personas que intervienen en el contrato pueden ser cuatro. Estos cuatro elementos personales separados en abstracto están representados por:

- a. La empresa aseguradora que acepta los riesgos a cambio de la prima.
- b. El asegurado sobre cuya existencia se calculan esos riesgos.
- c. El estipulante que asume la obligación de pagar la prima y quien con frecuencia es el mismo asegurado.
- d. El beneficiario que es el acreedor condicional del capital.

El contrato de seguro resulta ser el tipo de contrato por adhesión por cuanto los textos de las pólizas a lo menos en su clausulado general, no solo son preelaborados por las empresas aseguradoras, sino que además deben pasar por el tamiz aprobatorio de la superintendencia bancaria.

Dentro de los principios generales que gobiernan los contratos mercantiles encontramos que el artículo 871 del Código de Comercio, exige a los contratantes en la celebración y ejecución del negocio jurídico obrar de buena fe, esto es, con plena conciencia de estar dentro de los causes legítimos y el artículo 863 ibidem, refiriéndose a la etapa precontractual impone a los mismos proceder con buena fe exenta de culpa, lo cual significa que además de esa certidumbre se requiere que no exista culpa anterior o concomitante de la persona que actúa o manifiesta su voluntad.

Del contrato de seguros de vida grupo deudores:

Dadas las particularidades del caso es preciso referir brevemente a la modalidad específica de éste señalando que es un contrato por medio de la cual la empresa aseguradora se compromete a responder ante la ocurrencia de un siniestro que ocurra a cualquiera de un número plural de personas naturales vinculadas por una relación contractual con una misma persona jurídica.

Recientemente, la Corte Suprema de Justicia resumió los principales elementos de esta modalidad contractual de la siguiente manera:

"i. Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito, pero es usualmente requerida por las instituciones financieras para obtener una garantía adicional de carácter personal.

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

ii. Normalmente el deudor-asegurado es quien se adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas.

iii. Lo que se asegura es lisa y llanamente el suceso incierto de la muerte o incapacidad permanente del deudor, independientemente de si el patrimonio restante permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista.

iv. El interés asegurable que en este tipo de contratos resulta relevante se halla en cabeza del deudor, así sea que al acreedor también le asista un interés eventual e indirecto en el seguro de vida grupo deudores.

v. El valor asegurado es el acordado por las partes, esto es, el convenido por el acreedor-tomador y la aseguradora, teniendo como única limitación expresa que la indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda.

La Corte Constitucional sobre este tipo de contrato ha señalado como características y requisitos para hacer efectiva la póliza, lo siguiente: Sobre las primeras:

"El contrato de Seguro de Vida grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora, si se trata de una póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad".

En cuanto a los requisitos, dijo:

"Por otro lado, en los contratos de seguros, la obligación contraída por el asegurador de pagar al asegurado o al beneficiario, según el caso, la prestación acordada, está sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro.

En ese sentido, el artículo 1072 del Código de Comercio, señala que siniestro es la realización del riesgo asegurado, el cual es definido en el artículo 1054 como un suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.

Por tanto, para poder determinar el alcance del contrato de seguro, es necesario remitirse a las cláusulas pactadas en la póliza y los documentos que la integran, pues esos definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados, sin que sea válido interpretar más allá de lo que su contenido prevé.

Es por ello, que las cláusulas del contrato de seguro deben contener las condiciones generales y específicas o particulares de la póliza, entendidas las primeras, como la columna vertebral de la aseguradora y que se aplican a todos los contratos de un mismo tipo, otorgados por el mismo asegurador y, las segundas, como aquellas que se elaboran de manera individual y específica para cada contrato que reflejan la voluntad de los contratantes asegurador y tomador^[1].

Debido a las propiedades de que goza el contrato de seguro, puede decirse que hace parte de la esfera privada, en tanto que tiene lugar por voluntad de las partes, por ende, se caracteriza, principalmente, por ser un acuerdo voluntario entre el tomador y el asegurador.

Por tanto, para que surta efectos, debe haber un estricto apego a la buena fe y a la claridad de las partes al momento de pactar las cláusulas a las que se ceñirá el contrato y que permeen la voluntad negocial.

Únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaezca sobre el tomador de la póliza, sino solo respecto de aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado".

En cuanto a la reticencia y preexistencia en los contratos de seguro, la Corte Constitucional ha señalado:

"En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo ésto no informa al asegurador dicha

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que "las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad" (subraya por fuera del texto). Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

En síntesis, 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".

"En esta misma línea la sentencia T-832 de 2010 fijó unas reglas en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro, a saber (i) que la carga de la prueba en materia de reticencias estaba 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. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirles un comportamiento diferente a los asegurados.

En la mencionada decisión, la Corte abordó un caso en el que una señora de cincuenta y cuatro (54) años de edad había adquirido un crédito con un banco, el cual fue amparado con un seguro de vida grupo de deudores. La demandante trabajaba como profesora y en el año 2009, su ARP le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 77.5%. Al ser madre cabeza de familia y sin contar con rentas adicionales o recursos económicos suficientes, solicitó al banco acreedor que hiciera efectiva la póliza ante la aseguradora. Pese a ello, tanto la aseguradora como el banco, sostuvieron que no era posible pagar la respectiva póliza pues al momento de celebrar el contrato, la peticionaria ya había adquirido la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral. Es decir, se estaba en presencia de un caso de preexistencia. La Corte en esa oportunidad precisó "en el caso objeto de estudio, 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".

En virtud de lo anterior, es posible concluir que quienes deben probar la reticencia son las aseguradoras, es decir, comprobar que el tomador actuó de mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro. En cuanto a las preexistencias, las Compañías de Seguros actúan negligentemente si no realizan los exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. En suma, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, ello no implica reticencia porque el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente en la compañía de seguros.

En este orden de ideas, si el artículo 1058 del Código de Comercio obliga al asegurado a declarar sinceramente, es claro que la preexistencia, no siempre, será sinónimo de reticencia. En efecto, como se mencionó, la reticencia implica mala fe en la conducta del tomador del seguro. Eso es lo que se castiga. Por su parte, la preexistencia es un hecho objetivo. Se conoce con exactitud y certeza que "antes" de la celebración del contrato ocurrió un hecho, pero de allí no se sigue que haya sido de mala fe. La preexistencia siempre será previa, la reticencia no".

Apoyados en los conceptos doctrinales y jurisprudenciales y en las disposiciones legales comentadas, descendemos a los autos, señalando:

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

No cabe duda que, en el presente caso, el negocio jurídico que sirve de base de las pretensiones de la demanda recae sobre la póliza de Seguros de Vida Grupo Deudores No. GRD-311, suscrito entre SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. y el Banco AV. VILLAS S.A., con el objeto de amparar a los deudores de créditos desembolsados por el citado banco, as la cual ingresó como asegurado el señor ARNULFO TORRES USEDA, el 29 de mayo de 2015, por cuanto adquirió la obligación crediticia No. 1952986, razón por la cual no queda duda respecto de su existencia y validez.

Pues bien, en términos generales las pretensiones de la demanda se edifican en señalar que el actor en la actualidad es pensionado por el ISS, por la pérdida de la capacidad laboral equivalente a un 57.45% dictaminado por la Junta de Calificación de Invalidez del Meta, por lo que solicitó de hacer efectiva la póliza por el amparo de la incapacidad Total y Permanente ante el BANCO AV VILLAS, a lo cual el 26 de febrero de 2016, respondió la solicitud directamente la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA S.A., donde le informan que no existe riesgo asegurable, pues el único amparo que cubre la póliza es el amparo básico de vida, por cuanto excedía la edad permitida para tener el derecho de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente".

Se pretenden entonces que se condene a la COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA S.A. a pagar la póliza, la cual ampara el riesgo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, respecto al crédito de libranza, el cual cubre hasta el 100% del saldo de la deuda era desde noviembre de 2015, donde el saldo era de \$10.450.061Mcte y se ordene al BANCO AV. VILLAS, pagar las cuotas abonadas a la deuda, esto es la suma \$ 9.436.212 M/cte y intereses por un valor estimado de \$ 4.884.401 M/cte. Se condene en costas y agencias en derecho a que hubiere lugar.

Como la parte demandada, tanto el banco AV. Villas, como Seguros Alfa S.A. y posteriormente la vinculada Seguros de Vida Alfa S.A., propusieron excepciones de mérito para enervar dichas pretensiones, entraremos con base en material probatorio aportado, el decretado y practicado, a decidir las mismas, teniendo como fundamento lo dispuesto en el art. 167 del C.G. del Proceso, que señala en lo pertinente: *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen..."*

Para el efecto de las defensas propuestas por el Banco AV. VILLAS, INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR PARTE DEL BANCO AV. VILLAS, fincada en que el Banco es el tomador del seguro, por ende, no es la persona aseguradora que asume los riesgos, luego no le asiste la obligación indemnizatoria que se reclama;

EL BANCO CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN CALIDAD DE TOMADOR DEL SEGURO, argumentada en que como tomador y beneficiario del seguro efectuó todas los trámites para solicitar el amparo e indemnización a la compañía de seguros, conforme a la misiva elevada por el cliente y radicada el 30 de diciembre de 2015 ante esa entidad, , por lo que la decisión de asegurabilidad no depende del Banco sino de Seguros de Vida Alfa S.A., quien para el caso objeta dicha solicitud.

EL BANCO AV. VILLAS NO ES LA ENTIDAD ENCARGADA DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO, por cuanto la actividad de la entidad es eminentemente bancaria, y no tiene funciones que propendan por asegurar situaciones riesgosas,, hechos que competen a las aseguradoras, en el caso que nos ocupa realizar el pago derivado de la ocurrencia del siniestro cubierto por la póliza citada, por tanto la verificación del cumplimiento del contrato es de Seguros de Vida Alfa S.A. y no de Av. Villas.

CUALQUIER PRETENSION INDEMNIZATORIA DEBE DIRIGIRSE CONTRA QBE ASEGURADORA S.A., sustentada en que el Banco no es entidad aseguradora y se pretende la indemnización y pago de obligaciones contraídas con el banco so pretexto de un siniestro, corresponde única y exclusivamente al asegurador el estudio de procedencia que acredite el

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

nacimiento de la obligación indemnizatoria, por lo que debe dirigirse a seguros Alfa S.A., quien es la obligada a pagar la suma asegurada en caso de ocurrir el hecho cubierto del asegurado.

INDEPENDIENTE DEL RESULTADO DEL PROCESO LA OBLIGACION FINALIZARA CON EL PAGO DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, fincada en que por pago voluntario o por pago indemnizatorio del seguro, al banco se le tiene que pagar el saldo de la obligación No. 1952986, conforme a las estipulaciones contractuales pactadas con ARNULFO TORRES USEDA.

PRETENSION DE PERJUICIO CUANDO ESTOS NO SE HAN CAUSADO NI SE HAN ACREDITADO EN LA DEMANDA, arraigada en que el banco en ningún momento ha causado daño al demandante, en su momento hizo todos los trámites ante Seguros de Vida Alfa S.A., quien al calificar lo documentos concluye con la objeción a la solicitud indemnizatoria. Además, se hace una tasación de perjuicios en \$ 20.000.000 que no se acreditan en la demanda.

De las excepciones, doctrinal y jurisprudencialmente, se ha dicho que se deben probar los hechos en que se fundamentan las mismas, sin importar la denominación que se les dé a las mismas, por tanto, del material probatorio obrante en el proceso, independientemente de quien los haya allegado, valorado en su conjunto, se puede establecer con claridad que las excepciones antes reseñadas tienen viso de prosperidad, por las siguientes razones:

Obra dentro del plenario la póliza de seguros de grupo deudores, GRD 02 0000443, cuya vigencia va desde el 1 de mayo de 2015 al 1 de mayo de 2016, siendo Tomador el Banco Comercial Av. Villas S.A.; Asegurado: Deudores de Libranza del Tomador y Beneficiario: Banco Comercial Av. Villas S.A., que comprende los amparos: Muerte, incapacidad total y permanente, secuestro extorsivo y desaparición forzada y otras.

De igual manera aparece el certificado individual Seguro de Vida Grupo deudores, que da cuenta de la vigencia de la póliza colectiva desde el 1 de mayo de 2017 al 1 de mayo de 2018, donde es tomador el citado banco, asegurado TORRES USEDA ARNULFO y beneficiario el Banco Comercial Av. Villas, que cubre los amparos de muerte, suicidio, homicidio e incapacidad total y permanente, incluyendo la producida por intento de suicidio.

De lo anterior podemos extraer que efectivamente como se pregonaba por el Banco Av. Villas, al contestar la demanda él es el Tomador y Beneficiario de la citada póliza, en ningún momento toma la calidad de asegurador; ésta le corresponde a la empresa aseguradora que en este caso es Seguros de Vida Alfa S.A., quien acepta los riesgos a cambio de la prima, en ella recae la obligación de indemnizar al demandante, en caso de probarse la configuración del siniestro.

Probó el acreedor en calidad de tomador y beneficiario del seguro, que una vez efectuada la reclamación del seguro de vida por parte del señor TORRES USEDA, trasladó la solicitud a la aseguradora para que procediera al estudio de la documentación y decidiera sobre la misma, quien el 26 de febrero de 2016, objetó de manera seria y fundada la reclamación, por encontrarse ausente uno de los elementos esenciales del seguro como es el riesgo asegurable; por tanto Seguros de Vida Alfa S.A., como aseguradora, es el encargado de verificar si de los documentos adosados a la solicitud se reúnen los requisitos para el pago de la indemnización y no le corresponde tal actividad al banco acreedor; por ende igualmente la solicitud debió dirigirse a la Compañía aseguradora y no al acreedor, tal como se hizo.

Ahora bien, de las pruebas aportadas por el demandante y de la confesión que se hace en la demanda, se conoce que AV. VILLAS le hizo el crédito de libranza No. 1952986, al señor ARNULFO TORRES USEDA, el que fue desembolsado el 29 de mayo de 2015, por la suma de \$ 11.249.071, que debía pagar en 60 cuotas mensuales, de \$ 271.897, conforme al documento de proyección del valor de las cuotas, por tanto, dichos dineros deben regresar a las arcas de la entidad crediticia, de hecho es el Apoderado y Representante legal del Banco, quien en el interrogatorio de parte rendido en audiencia señaló que el crédito estaba cancelado. Lo anterior

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDÁ
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

quiere decir, que independiente del resultado del proceso, el dinero prestado fue revertido al banco.

Si bien se propone como excepción la pretensión de "perjuicio cuando estos no se han causado ni se han acreditado en la demanda", arraigada en que el banco en ningún momento ha causado daño al demandante, en su momento hizo todos los trámites ante Seguros de Vida Alfa S.A., quien al calificar los documentos concluye con la objeción a la solicitud indemnizatoria, no se avizora en el expediente, concretamente en la demanda que se esté cobrando perjuicio alguno, por tanto no había lugar a prueba alguna al respecto y si bien se hizo alarde en la demanda a la suma \$ 20.000.000, esto corresponde es a la estimación de la cuantía del proceso, más no a perjuicio alguno; sin embargo en la parte final del acápite de las pretensiones se hizo un juramento estimatorio de los valores pretendidos con la demanda, de los cuales Av. Villas no efectuó pronunciamiento alguno en el término de traslado, por lo que dicho juramento hará prueba en caso de accederse a las pretensiones de la demanda, únicamente.

Para culminar nos enfrentamos a la excepción denominada "El demandante omitió la información que le fue entregada sobre el producto de seguro de vida, sustentada en que como documento requerido para la solicitud de crédito el solicitante suscribió el formato "Solicitud de seguro de Vida Grupo Deudores", en la que absolvió varios interrogantes entre ellos: i) Su estado de salud es normal?, indicado que Si; ii) Padece o ha padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, cardíacas, ...hipertensión arterial de cualquier grado,...o enfermedad diferente?, señalando la opción Si; iii) ha sido sometido o le han programado tratamiento intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o por dolencias directamente relacionadas con éstas en forma causal o consecencial?, señaló la opción NO; ... vi) se le ha dictaminado alguna disminución en su capacidad laboral o funcional?, señaló No...", aunado a lo anterior suscribió carta de aceptación pago de extra prima, reconociendo y aceptando que para ser aceptado como asegurado en la póliza de vida grupo deudores tomada por el banco como garantía del crédito de la referencia, debe pagar extra prima de salud del 75%, facturada y recaudada por el banco con la cuota del crédito.

Señala el artículo 871 del Código de Comercio que: *"Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo 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."*

Así mismo, el artículo 1036 del Código de Comercio dispone que: *"El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva"*.

Igualmente, el artículo 1054 del Código de Comercio establece lo siguiente: *"Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento."*

Sobre la etapa precontractual del seguro, preciso es indicar como lo ha enseñado desde antaño la jurisprudencia que *"Al igual que en la mayoría de contratos, en el contrato de seguros la etapa precontractual juega un papel importante, por no catalogarla como fundamental para la formación, ejecución y cumplimiento del mismo."*

Es en esa oportunidad donde la voluntad de los contratantes tiene su mayor injerencia, y no en vano el legislador instituyó en cabeza de estos la carga de informar a cada uno los derechos y obligaciones que eventualmente regirían el negocio a celebrar, ya que a partir de tales datos dependerá el querer o no hacer parte de dicho acuerdo; es tan así que en caso en el caso en que alguna de las partes oculte o no haga saber a su contraparte sobre puntos que sin duda alguna resultaban trascendentes, dicha etapa puede verse afectada y con ello la totalidad del negocio, imponiéndose como consecuencia la nulidad relativa del contrato."

Dicha exigencia se ve claramente reflejada en el contrato de seguro, donde el tomador o el asegurado tiene la obligación de hacer saber la real situación en que se encuentra el riesgo que se pretende amparar conforme al

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

artículo 1058 del C. de Co., información que se toma en elemento axial, porque, por una parte, de ella se deriva la voluntad de la aseguradora de continuar con el negocio, y por la otra, fijar el valor correspondiente a la prima". Sentencia de fecha 5 de febrero de 2016 M.P. Dr. Ramón Alberto Figueroa Acosta (Rad. Interno 646/2015)

En esa declaración de asegurabilidad, en la que, tratándose de seguros de vida, se espera que el asegurado quién es el que tiene la información más relevante acerca de su estado de salud, se le impone un especial deber de conducta que le obliga a obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, so pena que incurra en inexactitud o reticencia.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2803-2016 de fecha 04/03/2016 Radicación N° 05001-31-03-003-2008-00034-01 M. P. Fernando Giraldo Gutiérrez, haciendo referencia a su propia jurisprudencia, indicó lo siguiente:

"La Corte en SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, al diferenciar dos fases en lo que toca al estado del riesgo, señaló que la primera corresponde a la (...) formación del contrato, durante la cual el tomador tiene "la obligación" - preferiblemente carga, según concepto precisado en sentencia de 30 de septiembre de 2004, Exp. 7142- de declarar sinceramente la situación en que se encuentra el riesgo que se pretende amparar (art. 1058 C. de Co.), pues sólo una declaración franca, límpida y completa, le permite al asegurador expresar su asentimiento y, lo que también es medular, cuantificar la prima o precio del seguro; por eso su infracción, en línea de principio, provoca la nulidad relativa del contrato, en un todo de acuerdo con lo explicitado por la propia ley y la reiterada jurisprudencia de esta Sala (...) En torno a esta última, ha puntualizado la Corte que la carga de información que tiene el tomador -in potentia- en relación con el estado del riesgo, no se agota en un solo momento, pues "esta carga informativa es considerada como una prototípica 'carga de duración'", motivo por el cual, "los hechos o circunstancias - relevantes- sobrevinientes a la declaración del estado del riesgo, ..., deben ser comunicados sin demora o dilación." Ese "deber de información a su cargo -agregó la Sala-... en rigor comprende, a su turno, el deber de aclaración -o actualización- de la misma, pues de muy poco sirve informar durante la floración del periodo precontractual, preludio del contrato, unos hechos que en breve cambian o se alteran radicalmente, sin que éste se haya aún agotado, lo que se traduce en que su divulgación se tornaría oportuna y conducente, lo que corrobora la pertinencia del prenotado deber jurídico -o carga-." (cas. civ. de 2 de agosto de 2001; exp.: 6146)."

Así las cosas, estima este despacho que, de acuerdo a las pruebas aportadas al proceso, que el señor ARNULFO TORRES USEDA al no declarar sinceramente su estado de salud al momento de diligenciar la solicitud de inclusión en póliza de vida (Deudor) incurrió en reticencia, lo que produce la nulidad relativa del contrato y la pérdida al derecho de indemnización. Se finca la anterior apreciación en las siguientes pruebas:

Oficio de noviembre 4 de 2003, emanado del secretario de la Junta de Calificación de Invalidez Región Meta, aportado por la parte demandante, que da cuenta del grado de invalidez en un 57.45%, con fecha de estructuración del 25 de junio de 2002. Angioplastia más stent.

Oficio del 30 de noviembre de 2015 suscrito por la Directora Administrativa y Financiera de la Junta de Calificación de Invalidez del Meta, que refiere que el dictamen antes reseñado se encuentra en firme y solo le proceden las acciones ante la justicia laboral ordinaria, por lo que es plenamente válido para ser presentado ante cualquier entidad pública o privada.

La solicitud de vinculación y entrevista persona natural del Banco Av. Villas, acápite "Solicitud de inclusión en póliza de Vida (Deudor)", donde indicó encontrarse en estado de salud normal, negó haber sido sometido a intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales, como congénitas, cardíacas, entre otras y negó que se le hubiera dictaminado alguna disminución en su capacidad laboral o funcional.

El interrogatorio de parte absuelto por el demandante en audiencia donde sostuvo que le fue practicada una cirugía del corazón y le fue implantado el stent, además dijo que su estado de salud era normal.

Lo anterior da cuenta que para la fecha en que suscribió la solicitud de inclusión en la póliza de vida, sabía, -como así lo declaró-, que padecía de una enfermedad cardíaca, también lo refirió en el formulario de reclamación seguro de vida grupo y colectivos del 29 de diciembre de 2015. *"Para la fecha 25 de junio de 2002, cuando se desempeñaba como celador del colegio Guillermo Niño me inició*

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDÁ
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

dolor en la mano, asistí al médico y me realizaron electrocardiograma presenté preinfarto en 2º días. Fui valorado por la EPS Saludcoop y se me practicó cateterismo e implante stent y fui hospitalizado el 13 de agosto de 2002 en el hospital cardio infantil de la ciudad de Bogotá"; sin embargo, negó haber sido sometido a intervenciones quirúrgicas por enfermedades cardíacas y negó que se le hubiera determinado disminución en su capacidad laboral, cuando le fue determinada la invalidez en un 57.45%.

En ese sentido, para el despacho, el silencio del asegurado ARNULFO TORRES USEDÁ desde un comienzo cuando suscribió la solicitud de inclusión en póliza de vida, acerca de sus antecedentes médicos constituye claramente reticencia.

Lo anterior se confirma con el pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en la sentencia SC2803-2016 haciendo referencia a su propia jurisprudencia según sentencia CSJ SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, arriba mencionada: *"Tratándose del estado del riesgo, no ofrece duda que el tomador de un seguro de vida tiene la carga de declararlo sinceramente (fase precontractual), según lo establece el artículo 1058 del Código de Comercio, y lo recalca, para que de ello no quede vacilación alguna, el artículo 1158 de la misma codificación, al precisar que, "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar".*

Dicha norma en términos de la referida jurisprudencia, *"consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca." (...) Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio."*

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. Luego no se trata de la existencia o no de determinadas enfermedades previas al momento de contratar una póliza de seguro, sino el hecho de callar los padecimientos que lo aquejaban a la fecha de su suscripción, respondiendo negativamente a hechos o circunstancias en el cuestionario determinado, y si bien la incapacidad total y permanente determinada legalmente es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia, de lo contrario, la falta de sinceridad del contratante y su obrar opuesto a la buena fe, producen la nulidad relativa del seguro.

La anterior apreciación será acompasada con las excepciones propuestas por la demandada SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., que estudiaremos a continuación, previo a referirnos brevemente a las excepciones de SEGUROS ALFA S.A.

Por tanto, hemos de señalar que SEGUROS ALFA S.A., se identifica con el Nit. 860.031.979.8 y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., se identifica con el Nit. 860.503.617-3, por ello estamos frente a dos personas jurídicas totalmente diferentes, razón por la cual las excepciones de merito propuestas por SEGUROS ALFA S.A., denominadas FALTA DE CAUSA, BUENA FE, COBRO DE LO NO DEBIDO Y EXCLUSIÓN DE CULPA DE SEGUROS ALFA S.A., están llamadas a prosperar, toda vez que como se sustentan las mismas, fue demandada equivocadamente, pues no ha suscrito contrato de seguros en el ramo de personas respecto de créditos otorgados por Av. Villas, por tanto no le adeuda nada al demandante y siempre ha obrado de buena fe y conforme a las buenas costumbres.

Ahora bien, haciendo referencia a las excepciones propuestas por SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., estudiaremos en primer lugar y por técnica jurídica la excepción de NULIDAD RELATIVA, por acompasarse con la propuesta por AV. VILLAS "El demandante omitió la información que le fue entregada sobre el producto de seguro de vida" que se acabó de estudiar y que como dijimos nos lleva a la nulidad relativa del contrato de seguro.

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

Pues bien, se finca la defensa en que el deudor omitió brindar información importante, que sin embargo no se dio en virtud al diligenciamiento del formulario denominado solicitud de inclusión en póliza de vida, sino que desde el 7/06/2001 le tutelaron al accionante ARNULFO TORRES USEDA el derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida por el Juez Tercero Civil Municipal de Villavicencio en donde se evidencia que al accionante se le practicó un cateterismo en el año 2001.

Para el efecto allega copia del fallo de tutela referido donde se le amparan los citados derechos y se ordena a HUMANA VIVIR EPS que cubra la práctica de la cirugía ANGIOPLASTIA CORONARIA TRASLUMINAL Y PERCUTÁNEA, así como el IMPLANTE DEL STENT.

Para el despacho tiene vocación de prosperidad la excepción ante la configuración de reticencia según lo acreditado en el expediente, concatenada con el interrogatorio de parte absuelto por el señor ARNULFO TORRES USEDA en audiencia, así como la confesión que se hace en el formulario de reclamación seguro de vida grupo y colectivos, del 29 de diciembre de 2015; además de la declaración que se hace en el numeral 1 y 6, de la solicitud de inclusión de póliza de vida (deudor), donde se le pregunta al asegurado referido una serie de condiciones de naturaleza médica dentro de las cuales se expresa en preguntar si " su estado de salud es normal? con dos opciones de respuestas y se evidencia marcada o seleccionada la opción SI; igualmente se le preguntó "se le ha determinado alguna disminución en su capacidad laboral o funcional?" donde se evidencia seleccionada la opción NO, dando a entender al asegurador que no padecía de enfermedad alguna o no había sido calificada su PCL, faltando a la verdad, pues había confesado la cirugía del cateterismo e implante del stent, así como la calificación de la invalidez en un 57.45%; lo que nos reafirma la conclusión antecedente que el demandante incurrió en reticencia y es la demandada Seguros de Vida Alfa S.A., quien con la prueba aportada y las demás obrantes en el proceso, valoradas en su conjunto demuestra tal circunstancia (Reticencia) la que de inmediato, como ya se dijo, genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

Hay que señalar que si bien no se probó haber iniciado la acción de nulidad relativa del contrato de seguro referenciado por parte de Seguros de Vida Alfa S.A., se propuso como excepción de fondo la misma dentro del presente proceso, por ello habrá de declararse probada la misma y por tanto con sustento en el artículo 282 del C.G.P. se abstiene de examinar las restantes excepciones.

Se condenará en costas a la parte demandante y en favor de la parte demandada.

Por lo expuesto, el Juzgado Octavo Civil Municipal de Villavicencio Meta, administrando justicia en nombre de la República de Colombia, por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: Declarar probada la excepción de nulidad relativa esgrimida por el extremo demandado SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., como consecuencia de la reticencia en que incurrió el demandante al diligenciar la solicitud de inclusión en póliza de vida (Deudor).

SEGUNDO: Declarar que a título de sanción SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., tiene el derecho a la retención de las primas.

TERCERO: Declarar probadas parcialmente las excepciones de merito INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR PARTE DEL BANCO AV. VILLAS; EL BANCO CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN CALIDAD DE TOMADOR DEL SEGURO; EL BANCO AV. VILLAS NO ES LA ENTIDAD ENCARGADA DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDIENTE DEL RESULTADO DEL PROCESO LA OBLIGACION FINALIZARA CON EL PAGO DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA Y EL DEMANDANTE OMITIÓ LA INFORMACIÓN QUE LE FUE ENTREGADA SOBRE EL

Proceso: VERBAL
Número: 500014003008-2018-00902
Demandante: ARNULFO TORRES USEDA
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS ALFA Y O.

PRODUCTO DE SEGURO DE VIDA y no probada. CUALQUIER PRETENSION INDEMNIZATORIA DEBE DIRIGIRSE CONTRA QBE ASEGURADORA S.A., propuestas por AV. VILLAS

CUARTO: Declarar probadas las excepciones de denominadas FALTA DE CAUSA, BUENA FE, COBRO DE LO NO DEBIDO Y EXCLUSIÓN DE CULPA DE SEGUROS ALFA S.A., propuestas por SEGUROS ALFA S.A.

QUINTO: Negar la totalidad de las pretensiones de la demanda, conforme lo expuesto en la parte considerativa del proveído.

SEXTO: Condenar a la parte demandante al pago de costas y agencias en derecho que deberán ser tasadas y liquidadas conforme lo regula el artículo 366 del C.G.P., así: Para Seguros de Vida Alfa S.A., la suma de \$ 500.000; para Seguros Alfa S.A., la suma de \$ 500.000 y para el Banco AV. VILLAS S.A., la suma de \$ 400.000. Por Secretaría liquidense.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.

IGNACIO PINTO PEDRAZA
Juez.