

**REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL**



JUZGADO VEINTIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., veintiséis de mayo de dos mil veintidós

Proceso: Verbal.
Demandante: Olga Maritza González Lara.
Demandado: Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.
Radicación: 55-2017-0594-01
Providencia: Sentencia de segunda instancia.

El juzgado procede a resolver los recursos de apelación interpuestos por ambas partes en contra de la sentencia proferida el 17 de julio de 2019 por el Juzgado Cincuenta y Cinco Civil Municipal de Bogotá, en el proceso verbal adelantado por Olga Maritza González Lara en contra de Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.

La sentencia apelada

1. El juzgador de primer grado declaró no probadas las excepciones denominadas “nulidad relativa por inexactitud o reticencia de la declaración de asegurabilidad del asegurado”, “prescripción”, “caducidad”, “compensación y nulidad relativa”, “buena de la demandada” y “genérica”; declaró la responsabilidad civil contractual de la demandada por el incumplimiento de las obligaciones contraídas en la póliza de seguro de vida grupo deudor No. 89331; la condenó al pago de la \$47.850.000 indexada desde el momento en que se saldaron los créditos hasta el pago de la condena, y a sufragar las costas.

2. Para soportar su determinación, el fallador consideró que demandante y demandada están legitimados en la causa para formular y resistir las pretensiones, pues fungieron como asegurado y aseguradora en el contexto del seguro de vida grupo de deudores tomado por Finanzauto Factoring para amparar las obligaciones contraídas el 12 de abril de 2013 y el 30 de julio de 2014 frente a los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente.

Determinó que el riesgo de incapacidad total y permanente se materializó, ya que la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá dictaminó que la actora había perdido el 54,60% de su capacidad laboral a raíz de trastorno de ansiedad con depresión, fascitis plantar, fibromialgia y déficit cognitivo, y que el estado de invalidez se estructuró el 15 de marzo de 2015.

Coligió que no se demostró la reticencia invocada para deducir la nulidad relativa del contrato de seguro, como quiera que no comprobó que a la demandante se le hubiere diagnosticado artrosis con anterioridad a la declaración del estado de los riesgos. Aquí notó que el diagnóstico definitivo de artrosis se obtuvo hasta el 10 de abril de 2014, la cual es una fecha posterior a la celebración del contrato de seguro cuya cobertura se reclama, y antes de esa calenda la historia clínica apenas da cuenta de manifestaciones de la paciente sobre agotamiento o cansancio que la llevaron a consultas en reumatología y a la ingesta de vitaminas, que en si misma son insuficientes para la estructuración de un diagnóstico clínico.

Descartó la prescripción de las acciones derivadas del seguro, ya que el contratado es de responsabilidad civil, de manera que el término prescriptivo aplicable es el extraordinario y se comienza a contabilizar desde el acaecimiento del hecho interno imputable al asegurado, que en el caso corresponde a la fecha en que cobró ejecutoria el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá donde se determinó que el asegurado había perdido más del 50% de su capacidad laboral, es decir el 18 de diciembre de 2015 -, de ahí que la presentación de la demanda la hubiere interrumpido, porque se produjo antes del 18 de diciembre de 2020, momento en que se completaría el quinquenio de la referida prescripción extraordinaria.

Finalmente, descartó la objeción de la demandada al juramento estimatorio, aduciendo que no se precisó cuáles eran los reparos frente a la estimación realizada, aunado a que la actora logró comprobar cuál era el saldo que se adeudaba para la época de ocurrencia del siniestro por concepto de los créditos cuyo pago se amparó con el seguro.

Los recursos de apelación

1. Inconforme la parte demandada interpuso recurso de apelación, solicitando la revocatoria de las pretensiones, pues en su concepto el juzgador de primer grado:

- No contempló que la demandante omitió declarar que tenía diagnóstico de artrosis de cadera desde el año 2007, tal como da cuenta las anotaciones extendidas el 10 de abril de 2013 y el 10 de abril de 2014 contentivas la historia clínica.

- Dicha falencia impidió tener en cuenta que la citada enfermedad incide en la consolidación de la fibromialgia, que sirvió de base para que la Junta Regional de Invalidez de Bogotá determinara la invalidez, que se invoca como siniestro en el asunto de marras.

- No verificó que la demandante también dejó de declarar la sinusitis crónica y la discopatía lumbar que le fuere diagnosticada el 30 de mayo de 2012, tal como consta en el asiento de la historia clínica extendido en esa fecha.

- Interpretó desatinadamente el artículo 1058 del Código de Comercio, pues no tuvo en cuenta que la Corte Constitucional declaró su exequibilidad en sentencia C-232 de 1999, y determinó que para que se produjeran los efectos de la reticencia no se requería que el hecho omitido tuviere relación de causalidad con el supuesto que estructura el siniestro.

- Tales falencias condujeron a que se dejara reconocer la nulidad relativa del contrato de seguro, la cual es la consecuencia jurídica de la mendacidad en el formulario de asegurabilidad.

- Y, en su concepto la demandante no está legitimada en la causa por activa para solicitar la indemnización, pues los créditos cuyo pago se amparo se encuentran a nombre de Luis Huertas Mora, el cual es un tercero ajeno a la relación aseguraticia.

2. La demandante plantó recurso vertical, deprecando la modificación de la sentencia, según su consideración el juez de instancia:

- Incurrió en incongruencia, por cuanto en la motivación de la decisión consideró que el saldo insoluto de las obligación amparadas con la aseguranza era de \$64.767.500, pero en la parte resolutive solamente reconoció \$47.857.000.

- No concedió la pretensión quinta de la demanda, en donde se solicitó que se condenará a la demandada a pagar intereses moratorios liquidados a la máxima legal desde cuando el asegurador debió pagar el siniestro y hasta que efectivamente lo haga, tal como lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio.

Consideraciones

1. El fallo apelado ser modificado, pues aunque el sentenciador acertó al descartar las defensas encaminadas a que se reconociera la reticencia de la declaración del estado del riesgo y por efecto la nulidad relativa del contrato de seguro, lo cierto es que dejó de reconocer que la indemnización debía devengar intereses moratorios desde cuando se debía cancelar hasta el momento del pago de la condena, sumado a que condenó a la aseguradora a indemnizar una cantidad superior a la que debía asumir, por no reparar que la demandante era la deudora del crédito No. 101844, y no del No. 89331-

2. Para soportar el anterior argumento central, se rememora que mediante el contrato de seguro una persona jurídica especializada, conocida como aseguradora, se compromete a cancelar una indemnización convenida en que caso de que se verifique determinado riesgo o siniestro sobre un interés asegurable, a cambio de que otro sujeto, llamado tomador, le cancele una cantidad determinada de dinero, conocida como prima, como contraprestación durante el término de vigencia del negocio. El beneficiario de la indemnización puede ser una persona distinta del tomador, quien a la vez puede ser alguien distinto del asegurado, según el tipo de aseguranza de que se trate.

2.1. Siguiendo los derroteros de esta noción, el artículo 1045 del Código de Comercio determina que los elementos esenciales del contrato de seguro son el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio y, la obligación condicional del asegurador. La primera es la relación jurídica patrimonial que es asegurada, el segundo es la contingencia futura e incierta que puede afectarla, la tercera es la contraprestación económica de la asunción del aseguramiento, y la cuarta estriba en la pretensión indemnizatoria a cargo de la aseguradora que se surge por la materialización del siniestro.

2.2. Así mismo, el artículo 1036 del prevé que *“el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”*; el canón 1037 especifica que son partes del contrato de seguro *“el*

asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autoriza para ello con arreglo a las leyes y reglamentos”, y “el tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos”; el inciso primero de la disposición 1039 contempla que “el seguro puede ser contratado por cuenta de un tercero determinado o determinable”, evento en que “al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde al derecho a la prestación asegurada”, sin perjuicio de que al asegurado incumba el cumplimiento de “aquellas obligaciones que no puedan ser cumplidas más que por el mismo”.

2.3. Tratándose de las reclamaciones de cobertura de seguros, el artículo 1077 contempla que le *“corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida”,* mientras al asegurador incumbe *“demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de la responsabilidad”.*

3. La controversia de marras gira en torno a la reclamación de cobertura de una póliza de seguro de vida grupo de deudores, tipo aseguraticio caracterizado por ser tomado por una entidad financiera encargada del otorgamiento de créditos, con éste se descargan los riesgos de vida e incapacidad total y permanente que recaen en cabeza de sus deudores – los cuales fungen como asegurados - en hombros de la aseguradora, quien por su parte asume la obligación de cancelarle al tomador el saldo del crédito que tuviere el asegurado que padece la materialización del siniestro respectivo.

3.1. Bajo los anteriores senderes, en esta clase de seguros, el asegurado cuenta con facultad de demandar a la aseguradora, para que en caso de materializarse el riesgo asegurado, le cancele la indemnización a la entidad tomadora de la póliza para que la impute al saldo de la deuda vigente para la época de consolidación del siniestro, o al propio asegurado – o sus causahabientes - para que reciba su importe directamente, siempre y cuando acredite que ya saldo la deuda que tenía para con el tomador, lo cual ocurrió en el caso particular, según consta en los recibos de pago expedidos por Finanzauto Factoring S.A. el 30 de junio de 2015.

3.2. Teniendo en cuenta lo anterior, se insiste en que el asegurado en el seguro de vida grupo es el deudor del crédito cuyo pago se garantiza con la póliza de marras, **o en buenas cuenta el sujeto que está obligado a pagarle el dinero mutuado a la entidad financiera que funge como tomadora;** pero esa condición de asegurado no descansa en cabeza de los avalistas del pago de dicha obligación, pues esta calidad no entraña más que

una garantía personal y solidaria otorgada en favor del acreedor para obtener el pago de su crédito, que concede a quien avala la facultad de repetir lo pagado en contra del sujeto avalado o frente a quienes sean responsables respecto de ella para el pago de un título-valor.

3.3. En función de dicha explicación, deducese que la demandante le asiste el derecho para reclamar la cobertura de la crédito No. 101844 a título de indemnización por la materialización del riesgo de incapacidad total y permanente amparado por la póliza de seguro de vida grupo deudores, por el hecho de ser deudora de esa obligación. Empero, no lo acompaña legitimación para solicitar el pago del crédito No. 89331, ya que simplemente era una avalista del señor Lucio Huertas Mora, en quien concurre la calidad de deudor de dicha prestación.

3.4. En efecto, junto con la demanda se adosaron sendas certificaciones emitidas los días 25 de mayo de 2015 y 5 de junio de 2017 por la tomadora Finanzauto Factoring S.A., en la cual se atesta que en el crédito 101844 figuraba como deudora la aquí demandante y como avalista Lucio Huertas Mora, y que en la obligación No. 89331 fungía la demandante como avalista y como deudor Lucio Huertas Mora. Cumple precisar que el contenido de esos documentos está implícitamente reconocido por la actora, toda vez que ella fue quien los adujo, y no desconoció su autenticidad o tachó de falsedad.

3.5. La declaración de esos documentos es corroborada con la comunicación de 14 de marzo de 2019 dirigida por Finanzauto Factoring S.A. a esta sede judicial durante el trámite de pruebas de primera instancia, en la cual se aportan proyecciones de pago de ambas obligaciones, en cuyo texto se aprecia que la #101844 se encuentra a cargo de la aquí demandante, mientras la #89331 debe ser atendida por Lucio Huertas Mora.

3.6. Y aunque en el impulso probatorio de la segunda instancia, se adjuntó comunicación de 8 de febrero de 2021 donde Finanzauto Factoring S.A. manifiesta que ambos créditos de encuentran a nombre demandante, lo cierto es que en los anexos de dichas respuestas se encuentran los históricos de pago, de cuya lectura se colige que Lucio Huertas Mora era el deudor de la #89331, y que la aquí demandante adeudaba la #10.1844.

4. Entre otras razones que no son cuestionadas en la sede de apelación, la aseguradora – demandada cuestiona la reclamación realizada por el asegurado – demandado -, aduciendo que incurrió en reticencia cuando declaró sobre su estado de salud en el formulario de asegurabilidad,

incurriendo así en un vicio de nulidad relativa de su vinculación particular al seguro de vida grupo de deudores tomado por Finanzauto Factoring S.A.

La inexactitud o reticencia de la declaración de asegurabilidad es abordado por el artículo 1058 del Código de Comercio, así: *“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*

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

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

“Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”¹.

¹ La norma en comento ha sido interpretada en múltiples sentencias por la Corte Suprema de Justicia, la cual ha establecido que:

“Dicha norma 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. Y si bien la muerte 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.

“Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiriere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

5. La demandada aduce que su adversaria mintió cuando declaró que no padecía de las enfermedades referidas en el cuestionario de asegurabilidad, ya que en realidad tenía diagnóstico de artrosis desde el 2007 y de discopatía lumbar desde el 2012, tal como lo demuestran los asientos de la historia clínica extendidos los días 30 de mayo de 2012, 10 de abril de 2013 y 10 de abril de 2014. Omisiones que debieron conducir al reconocimiento de la nulidad relativa de la aseguranza y no al otorgamiento de la indemnización, como lo hizo el fallador de instancia.

6. Aquí debe precisarse que – por regla general – no se requiere que exista relación de conexidad o causalidad entre la información que se deja de reportar cuando se declara sobre el estado del riesgo, y el siniestro que se invoca como fundamento de la obligación condicional del asegurador, pues la sanción de nulidad relativa prevista por el legislador mercantil reprime las infracciones de las obligaciones de información que preceden el perfeccionamiento del contrato de seguro, ya que del cumplimiento de las mismas pende la delimitación de las condiciones del aseguramiento, e incluso la misma decisión de contratar o dejar de hacerlo.

Sin embargo, esta situación no restringe la posibilidad de que las partes convengan un régimen más benévolo para el tomador – asegurado, restringiendo a la aseguradora la posibilidad de calificar como reticente hechos que, a pesar de no haber sido declarados, están desprovistos de incidencia en la consolidación del siniestro. Dichas estipulaciones no promueven la mendacidad en la declaración del estado del riesgo, pues se contraen a condicionar la alegación de la inexactitud a la reserva mental de hechos que tengan la calidad de causa de las contingencias que posteriormente lleguen a estructurarse. De ahí que la reticencia, en gracia de esos pactos, no se configure por el simple ocultamiento de hechos que conocidos hubieren inhibido al asegurador de contratar, sino por la falta de información de cuestiones que son determinantes en la estructuración del siniestro.

“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” (Casación Civil de 4 de marzo de 2016, Expediente No. 05001-31-03-003-2008-00034-01).

Siguiendo este lineamiento, en el numeral 14 de las condiciones generales de la póliza se dispone que *“En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Compañía solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que incurrió el asegurado”*. En otros términos, la aseguradora determinó que solamente podría deprecar la nulidad relativa o la disminución de la indemnización de que trata la norma en comento, si la información dejada de reportar fue causa directa o indirecta de la materialización del riesgo asegurado, en este caso la incapacidad total y permanente.

7. Transitando por este camino, aflora que el siniestro se acreditó con el dictamen emitido el 18 de diciembre de 2015 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá, en el cual se determinó que la demandante había perdido el 54,60% de su capacidad laboral como resultado de los diagnósticos de *“trastorno de ansiedad y depresión”*, *“fascitis plantar”*, *“fibromialgia”* y *“déficit cognitivo”*, de los cuales únicamente los dos primeros fueron tenidos en cuenta para determinar el porcentaje de las deficiencias.

Puestas así las cosas, surge que a la aseguradora le correspondía demostrar que la *“artrosis de cadera”* y la *“discopatía lumbar”* fueron las causas directa o siquiera indirectas de la deducción de la invalidez de la demandante. Laborio que no fue agotado, pues las causas directas se recondujeron al *“trastorno de ansiedad y depresión”*, *“fascitis plantar”*, *“fibromialgia”* y *“déficit cognitivo”*, ya que fueron estas las tenidas en cuenta por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá para ponderar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

Y, es notorio la orfandad probatoria que dé cuenta que las enfermedades – que presuntamente el demandante no declaró- fueron causas indirectas del siniestro, es decir que incidieron notablemente en la estructuración del diagnóstico que dio lugar a la calificación de la invalidez, ya que la demandada blandió una referencia de literatura médica en el recurso de alzada, la cual es punto desprovisto de correspondencia con los otros medios de convicción traídos al proceso.

8. Al margen de lo anterior, despunta que no está acreditado que la demandante hubiere padecido de *“artrosis de cadera”*, por consiguiente no puede sostenerse que la información de los riesgos condensada en la

declaración de asegurabilidad fue inexacta o reticente, pues los comentados fenómenos tienen por denominador común la falta de referencia o la tergiversación de situaciones preexistente al aseguramiento, la cual no puede materializarse si la asegurada ni siquiera ha pasado por esa experiencia, en otras palabras si no ha tenido la enfermedad cuya reserva se le endilga.

8.1. En efecto, la demandada manifiesta que su contrincante padecía de artrosis, aduciendo que en el resumen de antecedentes del dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez se condensó una consulta de reumatología surtida el 13 de noviembre de 2014, la cual se indica:

“Cuadro clínico que inició hace 6 años, dolor en caderas, posteriormente dolor en miembros inferiores, dolor en manos de características mecánicas, dolor en hombros.

“Refiere dolor muscular generalizado. Mal patrón de sueño, astenia, adinamia. Niega sinovitis, no rigidez matinal. Ocasional dolor lumbar que mejora parcialmente con el reposo”.

Respecto de dicha anotación, menester es precisar que en la misma se condensan referencias que la actora hace respecto de su estado de salud, pero no contiene un diagnóstico médico donde se refiera que padece de “artrosis de cadera” o de alguna enfermedad que tuviere que declarar al suscribir la declaración de asegurabilidad, sin perder de vista que la fecha de ese asiento es posterior al otorgamiento de los créditos cuyo saldo se persigue, lo cual tuvo lugar el 27 de abril de 2013 y el 2 de julio de 2014.

8.2. La demandada también pretende hallar la reticencia, en el asiento extendido el 10 de abril de 2014, correspondiente a una descripción del análisis realizado por el facultativo que la atendió, en esta se consignó:

“Análisis.

Paciente con DX de artrosis hace siete años quien ingresa remitida por presentar dolor articular en miembros inferiores de predominio en caderas y pies, manejo analgésico con acetaminofen y con acupuntura particular sin mejoría de los síntomas motivo por el cual consulta...”

Sin embargo, la lectura del asiento realizada por la aseguradora es sesgada, pues no se identificó la artrosis en dicha consulta, toda vez que su diagnóstico se contrajo a solicitar “RX de caderas comparativas y de pies”,

y prescribir *“terapia con agujas, sicología de dolor, RX columna lumbar comparativa de caderas y pies”*.

8.3. Y, se refiere a los documentos denominados *“formularios de evolución”* extendidos el 30 de mayo de 2012 y 15 de julio de 2013, en los cuales se realizan exámenes físicos que en su orden consignan las impresiones diagnósticas de *“artrosis de cadera y o (sic) lumbago”* y *“sinusitis de difícil manejo”* con *“discopatía lumbar a estudio”*.

Empero, el primer examen apenas contiene una *“impresión diagnóstica”* no un diagnóstico en sí mismo considerado, mientras el segundo es posterior a la vinculación de la demandada al seguro de vida grupo deudores, tal como lo manifiesta la demandada en el momento de formular los reparos contra la sentencia aquí cuestionada.

8.4. Contrario al entendimiento de la demanda, despunta que la demandante no ha padecido de *“artrosis de cadera”*, pues en el asiento de 10 de noviembre de 2016 de la historia clínica, se apuntó *“paciente con examen físico de caderas normales, sin signos clínicos de artrosis o limitación articular”*, y se solicitó *“RX para documentar estado y solicitar concepto de especialista para dar trámite a esclarecer el diagnóstico”*.

Luego en el asiento de 30 de noviembre de 2016, se expone que la paciente *“trae RX D pelvis donde son completamente normales, los espacios femoro acetabulares están conservados y simétricos”*, añadiendo que *“la configuración de los acetábulos es normal”*, y coligiendo de manera expresa que *“Al día de hoy no hay signo clínico, ni radiológico que indique artrosis de cáderas”* (subrayado y negrilla son del juzgado).

Y, dichas anotaciones están rodeadas de credibilidad, pues fueron remitidos por la UT Servisalud San José, quien es la institución que actualmente está encargada de prestarle servicios de salud a la demandante, en virtud del convenio celebrado con el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, quien es la aseguradora de riesgos en salud a los educadores oficiales, como es el caso de la demandante.

9. Una vez descartada la reticencia comentada y esclarecido que la demandante solamente contaba con legitimación para reclamar el pago del saldo de la obligación #10.844 por cuenta de la póliza de seguro de vida grupo, se recuerda que el siniestro se materializó el 18 de marzo de 2015,

que corresponde a la fecha de estructuración de la invalidez, dictaminada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá.

Para esa calenda el saldo insoluto del crédito ascendía a la suma de \$35.455.315, según consta en el documento de proyección del pago del crédito que le fuere remitido a la aquí demandante junto con la carta de otorgamiento de crédito extendida el 30 de agosto de 2014, la cual fue aportada junto con los anexos del libelo introductorio.

10. Respecto de la oportunidad del pago de la indemnización, el inciso primero del artículo 1080 del Código de Comercio, modificado por el 111 de la ley 510 de 1999, dispone que *“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad”*.

En torno de estos intereses moratorios, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sostenido que no son susceptibles de reconocerse de oficio, por cuanto su reconocimiento pende de su planteamiento como pretensión en la demanda, pues lo contrario supondría desconocer el principio de congruencia previsto en la legislación procesal civil.

Simultáneamente, ha estimado que para determinar el instante a partir del cual se causan los réditos, se debe determinar el momento desde cuando se acredita ante la aseguradora la existencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, pues desde ese momento aquella es constituida en mora de pagar la indemnización, situación que puede ocurrir extrajudicialmente antes de la presentación de la demanda, o materializarse durante el juicio en caso de que la carga probatoria de la asegurada no haya quedado satisfecha con antelación, circunstancias que deben ser apreciados por el juez de acuerdo a las particularidades de cada caso concreto. Con esta interpretación, el alto tribunal recogió la doctrina anterior donde se apuntaba que la aseguradora incurría en mora desde la notificación del auto admisorio de la demanda, y que esa actuación procesal desencadenaba los intereses moratorios, al respecto consúltese la sentencia SC-1947 de 2021, proferida

el 26 de mayo de 2021, en el radicado 54405-31-03-001-2009-00171-01, con ponencia del Magistrado Alvaro Fernando García Restrepo².

Bajo ese panorama, se deduce que la demandante acreditó el siniestro ante la aseguradora el 7° de enero de 2016, momento en que la entera del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá donde se certifica que perdió más del 50% de su capacidad laboral, y comprueba la materialización del riesgo de incapacidad total y permanente.

² "Se sigue de lo anterior, que las empresas aseguradoras solo están en mora de pagar la indemnización a su cargo, con todo lo que ello supone, al vencimiento del mes indicado en el artículo 1080 del estatuto mercantil, cuya contabilización parte del momento en el que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro y el valor de la pérdida, cuando fuere necesario, sea que lo haga judicial o extrajudicialmente.

(...)

"Lo hasta aquí expuesto, impone a la Sala el deber de abandonar la tesis consistente en que, frente a la ausencia de una reclamación extrajudicial del seguro y la formulación, por ende, de la correspondiente demanda judicial, la mora del asegurador está determinada por su constitución en mora, surtida por la notificación del auto admisorio de ese último escrito, de conformidad con lo que en su momento preveía el artículo 90 del Código de Procedimiento Civil y que en la actualidad estatuye el artículo 94 del Código General del Proceso.

(...)

Tal tesis, reiterada en el fallo del 9 de noviembre de 2004 (Rad. n.º 12798) y en la SC 7814 del 15 de junio de 2016 (Rad. n.º 2007-00072-01), es inadmisibles, por cuanto desconoce abiertamente la norma especial del artículo 1080 del Código de Comercio que, como se vio, disciplina suficientemente la obligación accesoria del asegurador de pagar intereses moratorios, fijando con claridad el momento a partir del cual acaece su causación, razón suficiente que impedía e impide recurrir a normas generales, carácter que tenían y tienen las atrás invocadas.

Fuera de lo anterior, hay que insistir en que la constitución en mora, según la transcrita previsión del artículo 1608 del Código Civil, debe estar expresamente prevista en las normas positivas, sin que en materia de seguros haya una que imponga la satisfacción de tal formalidad en el supuesto de que el asegurador no pague la prestación a su cargo, lo que descarta la aplicabilidad de las normas en precedencia especificadas.

Estimar que con la notificación del auto admisorio de la demanda en la que se reclama a la aseguradora la indemnización a su cargo, sobreviene la mora de esta última, como cuestión automática, comporta en un buen número de casos, anticipar indebidamente el momento en que ello tiene ocurrencia, pues como ya se analizó, la demostración del siniestro y de la cuantía de la pérdida puede ser resultado de la actividad probatoria cumplida en el proceso, incluso, en segunda instancia, comprobaciones que son necesarias para computar el mes previsto en el artículo 1080 del estatuto mercantil, cuyo vencimiento fija la mora del asegurador y, por ende, el momento desde el cual éste queda obligado al pago de intereses de tal linaje"

Por consiguiente, se deduce que la indemnización debía ser cancelada a más tardar el 7 de febrero de esa anualidad, y que desde esa fecha la demandada debe asumir el pago de intereses de mora liquidados a la tasa de una y media veces el interés bancario corriente, ya que a partir de ahí fue constituida en mora de cumplir con la obligación de cancelar la indemnización.

11. Como colofón de lo ocurrido, se concluye que la demandada debe sufragar en provecho del aquí demandante la indemnización por la materialización de la incapacidad total y permanente contemplado como amparo del seguro de vida grupo deudores que aseguraba a la demandante frente al riesgo de impago de la obligación #101844, en consecuencia deberá sufragar a título de indemnización la suma de \$35.4535.315 más los intereses moratorios liquidados a la tasa de una vez y media el interés bancario corriente.

Dada la modificación realizada en esta providencia, se condenará a la demandada a pagar el 80% de las costas de esta instancia, lo anterior de conformidad con el numeral 5° del artículo 365 del Código General del Proceso.

Decisión.

Con base en lo expuesto, el Juzgado Veintiocho Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la ley

Resuelve

Primero: Modificar los ordinales segundo y tercero de la sentencia de fecha y procedencia anotadas, que para su mayor claridad quedarán así:

“Primero: Declarar civil y contractualmente responsable a la demandada Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. frente a la asegurada Olga Maritza González Lara por el incumplimiento de las obligación de pagar la indemnización estipulada en la póliza de seguro de vida grupo deudores **respecto de la obligación #101844.**

Responsabilidad contractual – seguro de vida grupo de deudores – sentencia modificatoria.

“Segundo: Condenar a la demandada Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. a pagarle a la demandante Olga Maritza González Lara la suma de \$35.4535.315 correspondiente al saldo de la obligación #101844 para la fecha de estructuración de la invalidez, más los intereses moratorios causados desde el 7 de febrero de 2016 hasta el pago total de la obligación, los cuales deberán liquidarse a la tasa de una vez y media el interés bancario corriente”.

Segundo: Mantener incólumes las demás disposiciones de la providencia recurrida.

Tercero: Condenar a la demandada a pagar el 80% de las costas de esta instancia a la demandante, para su cuantificación se fija la suma de \$1.000.000 como agencias en derecho.

COPIESE, NOTIFIQUESE Y DEVUELVA,

NELSON ANDRES PEREZ ORTIZ

JUEZ



República de Colombia
Poder Judicial
Juzgado Veintiocho Civil
del Circuito de Bogotá D.C.

El anterior auto se Notifica por Estado

No. 29 Fecha 27 MAY 2022

El Secretario(a),

