

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**



JUZGADO 43 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ
Bogotá, D.C., tres (3) de febrero de dos mil veintidós (2022)

Ref: Verbal de responsabilidad civil contractual de EDGAR HERNÁN HORTUA CAMARGO contra MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Expediente No. 2017-00766.

Cumplido el trámite que legalmente corresponde, recibidos los alegatos de conclusión, se procede a proferir el respectivo fallo conforme se anunció en diligencia celebrada el 20 de enero de 2022.

I.- ANTECEDENTES:

A. Las pretensiones

1. Por conducto de gestor judicial el demandante accionó contra Mapfre Colombia Vida Seguros S.A., por el trámite del proceso verbal, a fin de que se declare la responsabilidad civil contractual, la existencia del contrato de seguro suscrito por el demandante y la accionada, la ocurrencia del siniestro, el cual estaba amparado por la póliza número 98327

2. Se declare que el crédito tomado por el señor Edgar Hernán Hortua Camargo estaba amparado por el contrato de seguro N° 98327 de Mapfre Colombia, ordenando a la aseguradora el reintegro del dinero descontado mes a mes en el pago de las cuotas a Finanzauto, así como pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida por el accionante.

3. Se condene a la demandada al reconocimiento y pago, dentro de los 5 días siguientes a la ejecutoria de la sentencia, debidamente indexadas las siguientes sumas:

“La suma de \$39.454.427, por concepto del valor del reintegro de los dineros descontados por FINANZAUTO.

4. \$25.316.529 por concepto de los valores insolutos de MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. con FINANZAUTO.”

B. Los hechos

Argumenta el demandante que adquirió mediante crédito a Finanzauto el vehículo de placa HTX-901, tomando un seguro con Mapfre Colombia bajo solicitud número 40202900371529 del grupo de deudores, y seguro número 983247, dejando plasmado que se encontraba afiliado a la EPS Medicol.

Al actor el 4 de septiembre de 2014 se le reconoce pensión de invalidez mediante resolución N° 5702, radicando el 19 de mayo de 2015 reclamación de cubrimiento de póliza.

El 8 de julio de 2015 Mapfre contesta negando la reclamación al asegurado, insistiendo en junio del mismo año en el cubrimiento de la póliza. No obstante, el 23 de septiembre la aseguradora reitera la negativa a estimar la reclamación.

Hasta el día de hoy el señor Hortua Camargo sigue cancelando la cuota del crédito a Finanzauto, en tanto que la demandada no ha querido reconocer la ocurrencia del siniestro.

C. El trámite.

1. Reunidos los requisitos legales, mediante auto calendado 20 de junio de 2017 el Juzgado admite la demanda, corriendo traslado por el término de 20 días, reconociendo personería (fl.49), mientras que el 16 de agosto de 2017 negó la medida cautelar solicitada al no aparecer enlistada en el artículo 590 del C.G.P. (fl.51).

2. Remitida la comunicación de que trata el artículo 291 del C.G.P, la accionada se notifica personalmente el 21 de septiembre de 2017, por intermedio de apoderada constituida para el efecto (fl.75), oponiéndose a las pretensiones al no darse los presupuestos del artículo 1077 del Código de Comercio, precisando el número de la póliza, resaltando que el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, es el único documento idóneo para determinar si la pérdida de capacidad laboral cumple los requisitos contractuales para el reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente que se procura.

Bajo ese argumento se ha negado la reclamación, considerando que a la fecha no existe siniestro, objetando el juramento estimatorio. Propone como excepciones de mérito las que denomina *inexistencia del siniestro por no cumplir los requisitos del artículo 1077 del C. Co, nulidad relativa por inexactitud o reticencia en la declaración de asegurabilidad del asegurado.*

La segunda la respalda en el dictamen de la Fiduprevisora, donde se consigna que las enfermedades Trastorno depresivo ansioso, reacción al estrés

agudo, apnea del sueño, hipoacusia no especificada, estructuradas el 17 de marzo de 2014, probablemente debieron haber sido diagnosticadas con antelación a esa fecha, que para el momento de tomar la póliza de seguro ya las padecía, indicando al suscribirla no conocer ningún tipo de enfermedad y encontrarse en buen estado de salud.

Así mismo alega falta de legitimación en la causa por activa, prescripción extintiva derivada del contrato de seguro, límite del valor asegurado y valor a indemnizar establecida en el contrato de seguro, buena fe de su representada (fls.100 a 121).

Por auto adiado 2 de noviembre de 2017 se corrió traslado de las excepciones al extremo actor y se concedió el término de 5 días para que aportara o solicitara las pruebas del caso frente a la objeción al juramento estimatorio (fl.122).

En tiempo, el apoderado demandante allega movimiento histórico de los pagos, recorriendo el traslado afirmando que cuenta con dictamen idóneo emitido por la EPS, la cual reconoció el 85% de pérdida de capacidad laboral, cumpliendo los criterios establecidos en el contrato de seguro.

Agrega que al tomar la póliza no tenía conocimiento ni le habían notificado la resolución de reconocimiento de pensión de invalidez, corriendo traslado de la historia clínica a Mapfre Seguros como lo solicitó Finanzauto, ostentando la condición de asegurado, demostrando la disminución de capacidad a través de la decisión que le concedió la pensión.

Última que en cada una de las reclamaciones ha allegado las calificaciones efectuadas cada año, sin obtener solución de fondo por parte de la aseguradora (fls.131 a 133).

Ante la excepción previa presentada por la convocada, el accionante allega solicitud de conciliación número 30311 en la Procuraduría delegada para asuntos civiles y acta que la declaró fallida (fls.8, 9, 11 Cd.2). El 23 de marzo de 2018 el Despacho declara infundada la ineptitud de la demanda por falta de requisitos formales, argumentando que se instó una medida cautelar apoyada en el artículo 590, configurándose la excepción contemplada en el parágrafo 1° del artículo 38 de la Ley 640 de 2001, al no estar condicionado que la cautela fuere viable (fls.20, 21).

Para desatar la reposición y apelación formuladas contra la anterior providencia, se resalta que el actor subsanó el defecto procesal reclamado por la recurrente, sin advertirse que la obligación consistente en alguna exigencia procesal deba ser cumplida con anterioridad a la presentación de la demanda, pues resultaría contradictoria con el término para enmendar los defectos, negando la concesión de la alzada (fl.27 a 29 Cd.2).

3. Mediante proveído calendado 18 de julio de 2018 se señaló fecha para llevar a cabo la audiencia prevista en el artículo 372 del C.G.P, abriendo a pruebas el sumario, decretando como tal interrogatorio de parte con exhibición de

documentos, oficios para que se aportara copia de la historia clínica, así como la documental adosada (fl.134).

El 4 de septiembre de 2018 se integró el contradictorio con Finanzauto S.A. como litisconsorte necesario, corriendo traslado por el término de 20 días (fl.154).

Allegada la historia clínica del accionante, la misma se puso en conocimiento de los extremos procesales por el término de 3 días, mediante auto del 25 de octubre de 2019 (fl.327).

Notificada personalmente la entidad financiera Finanzauto por intermedio de apoderado (fl.332), formula reposición sobre la base que no se agotó la conciliación como requisito previo de procedibilidad, sumada la ausencia de traslado de la demanda, estimando innecesaria la vinculación al poderse decidir, pues el vínculo con el deudor lo es mediante un pagaré y en el contrato de seguro sólo actúa en su condición de beneficiario, exhortando su exclusión (fls.333 a 335).

Para desatar la censura el Juzgado memora que el demandante deprecó el decreto de una medida cautelar innominada, con independencia de su procedencia o no, contra la determinación de declarar no probada la excepción previa de ineptitud de la demanda se arrió la constancia de haber agotado la conciliación, ante la Procuraduría, celebrándose la diligencia el 2 de agosto de 2017, declarada fallida, soportando la vinculación en el artículo 61 del CGP (fls.337. 338).

Dentro de la oportunidad legal la Litisconsorte señala no tener obligación alguna, al ser beneficiaria de la póliza, por ende, ajena a los detalles entre la demandante y la aseguradora. Comunica el valor total de la deuda, resaltando no constarle la mayoría de hechos, proponiendo como excepciones *“inexistencia del incumplimiento, falta de legitimación por pasiva, cobro de lo no debido, abuso del derecho y enriquecimiento sin causa.”*

Las hace consistir en la ausencia de vinculo contractual que la obligue al pago de condena, al estar limitada su actuación como tomador y beneficiario de un seguro, sin vinculación para que se le pueda ordenar el pago, existiendo dos obligaciones, así como dos compañías de seguros, afirmándose en la demanda solamente lo correspondiente a Mapfre (fls.354 a 360).

El 16 de diciembre de 2020 se señala data para que tenga lugar la audiencia del artículo 372 C.G.P, precisando que el demandante ya había descrito las excepciones inicialmente formuladas por la pasiva (fl.365),

4. Dentro de la audiencia inicial se tomaron los interrogatorios de parte, se fijó el litigio, programando fecha con el fin de llevar a cabo la audiencia de instrucción y juzgamiento, artículo 373 ibidem, a la postre reprogramada (fls.385, 387). Atendiendo petición del mandatario de Finanzauto, por auto del 12 de noviembre de 2021 se señala nueva fecha para la realización de la diligencia (fl.397).

5. Aperturada la audiencia el 20 de enero de 2022, en la misma se notificó el

sentido del fallo, indicando que la sentencia sería emitida por escrito (fl.), recibiendo previamente los alegatos; por lo que se procede a emitir la correspondiente decisión, previas las siguientes,

II. CONSIDERACIONES:

1. Ha de partir esta sede judicial por admitir su competencia para dirimir el presente asunto, por razón de su naturaleza, su cuantía y la vecindad del extremo demandado; aunado al hecho de que los sujetos procesales ostentan capacidad para ser parte, se hallan representados en debida forma, y a que los requisitos formales del libelo se adecuan a las previsiones legales.

2. Frente a la legitimación, debe memorarse que la titularidad de un derecho lleva implícitamente la potestad de ejercerlo, porque la razón natural lo impone y la ley sustancial lo faculta. Significa ello que únicamente quien es titular de una garantía, al mediar una relación sustancial con ella, está facultado para demandar en nombre propio, y solo quien tiene la relación con el referido derecho lo puede discutir, a través de la contradicción.

Sobre este aspecto en particular, la Corte Suprema de Justicia, ha señalado: *“Estos requisitos de mérito son llamados condiciones de la acción, porque respaldan y determinan su acogida y éxito. Estas condiciones consisten en la tutela de la acción por una norma sustancial, en la legitimación en la causa y en el interés para obrar. Se cumple la primera de estas condiciones cuando el hecho o hechos que le sirven de fundamento a la acción (causa petendi) y la pretensión que constituye su objeto (petitum) coinciden con el hecho o hechos previstos por la ley sustancial y con el efecto jurídico que esta atribuye a los mismos hechos. La legitimación en la causa es en el demandante la cualidad de titular del derecho subjetivo que invoca y en el demandado la calidad de obligado a ejecutar la obligación correlativa. Y el interés para obrar o interés procesal, no es el interés que se deriva del derecho invocado (interés sustancial), sino que surge de la necesidad de obtener el cumplimiento de la obligación correlativa, o de disipar la incertidumbre sobre la existencia de ese derecho, o de sustituir una situación jurídica por otra...”*¹

No hay duda en el asunto que ocupa la atención del Juzgado que el promotor de la acción se halla legitimado por activa en tanto procura la declaratoria de ocurrencia del siniestro, pretende el reintegro del dinero descontado mes a mes para la satisfacción del crédito, así como la cancelación del saldo insoluto en favor de Finanzauto, razón por la cual no aspira para sí los valores asegurados como erróneamente afirma la entidad convocada, advirtiendo que el importe se debe trasladar al beneficiario o restituir pero sobre la base que ya fue descontado por la entidad financiera.

En ese orden de ideas, la excepción de falta de legitimación por activa está llamada al fracaso.

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 415 de 27 de octubre de 1987, Magistrado Ponente: Dr. Eduardo García Sarmiento.

“Ciertamente es que el «asegurado deudor» en tratándose de «seguros de vida grupo deudores» está facultado para pedirle a la entidad garante el cumplimiento del contrato, esto es, que pague lo que debe y a quien corresponde.

Y es que, revisada la demanda con que se promovió la declaratoria judicial, cuya frustración motivó la protección constitucional, puede inferirse sin temor a dudas que la actora no pidió para sí el desembolso del valor que le correspondía asumir a la aseguradora. En una interpretación apropiada del libelo debió haberse concluido que la asegurada no pretendía asumir la condición de beneficiaria, pues, no la ostentaba.” (CSJ SCC 9 de febrero de 2016 M.P. Margarita Cabello Blanco, radicación 2015-00746 01).

2.1. Ahora, para el buen suceso de la responsabilidad civil contractual se deben acreditar los elementos que doctrinaria y jurisprudencialmente se exigen para el efecto, a saber: la existencia de un vínculo concreto de la naturaleza precisada entre quien como actor reclama en razón a una conducta y aquél que destacado como sujeto pasivo, *“es la persona a quien dicha conducta se le imputa (existencia de un contrato), que esta última consista en la inejecución o en la ejecución retardada o defectuosa de una obligación que por mandato de la ley o por disposición convencional es parte integrante del ameritado vínculo (incumplimiento culposos) y en fin, que el daño cuya reparación económica se exige consista, básicamente, en la privación injusta de una ventaja a la cual el demandante no habría tenido derecho (daño) de no mediar la relación tantas veces mencionada (relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño).”*²

De acuerdo a lo antedicho, se tiene que para la estructuración de la mentada responsabilidad es menester la existencia de una culpa, un daño y el nexo de causalidad, esto es, que la parte convocada haya dejado de lado sus obligaciones o las haya atendido de manera defectuosa o parcial según las estipulaciones consignadas en el contrato.

La responsabilidad civil contractual ha sido definida por la doctrina especializada como aquella que resulta de la inejecución o ejecución imperfecta o tardía de una obligación estipulada en un contrato válido. De este modo, el concepto de responsabilidad civil contractual se ubica en el contexto de un derecho de crédito de orden privado, que solo obra en un campo exclusivo y limitado, vale decir, entre las partes del contrato y únicamente respecto de los perjuicios nacidos de ese negocio jurídico.

Quien pretenda el resarcimiento de perjuicios irrogados por la inejecución del contrato, debe probar los tres elementos clásicos que estructuran la responsabilidad, a saber:

a) La culpa del autor del daño,

² Tribunal Superior de Bogotá, D.C., Sala Civil de Decisión, trece de septiembre de dos mil diez, M.P. Carlos Julio Moya Colmenares, Rad. 11001-31-03-004-1999-00104-03.

- b) El daño padecido, y,
- c) La relación de causalidad entre ésta y aquél.

Así, dentro de la responsabilidad civil que nos ocupa, no se discute la existencia de la relación contractual entre el asegurado y la aseguradora demandada, pues ambos extremos reconocen la suscripción de la póliza de vida, encontrándose en disputa la eventual ausencia de un dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral y la reticencia endilgada al afianzado al momento de adquirir el seguro.

2.2. El contrato de seguro está definido por la jurisprudencia como aquél *“...por virtud del cual una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al ‘asegurado’ los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de ‘daños’ o de ‘indemnización efectiva’, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro’ (...).”* (CSJ SC 19 dic. 2008, rad. 2000-00075-01).

“...constituye una figura jurídica desarrollada en el campo de la voluntad privada, que según el artículo 1036 del Estatuto Mercantil, se caracteriza por ser «un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva»”

Como quiera que se alega inexistencia del siniestro como medio de defensa, por no cumplir los requisitos del artículo 1077 del Código de Comercio, bastaría memorar que el clausulado de la póliza permitía en su numeral 1.2. para la incapacidad total y permanente la aportación de un dictamen que demostrara una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, certificada por una entidad competente (fl.79), lo que descarta de plano que la única experticia válida fuera la emitida por la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

Incluso, se consigna que uno de los documentos necesarios para la formalización del reclamo era el dictamen de calificación determinando la incapacidad permanente, parcial o la invalidez por la EPS o la Junta Calificadora Regional de invalidez (fl.12 Cd.1), lo cual quiere decir nada menos que la entidad demandada no podía negar el pago bajo el argumento de no haberse adosado la certificación de la disminución laboral, pues la disyuntiva señalada en el ítem 7.2 en ningún caso podría ser objeto de variación en perjuicio del asegurado. Sumado a lo anterior, en la comunicación del 23 de septiembre de 2015, Mapfre reitera la necesidad de que se aporte la calificación de invalidez emitida por la Junta regional, la EPS, la ARL o la AFP, allegando el actor la Resolución por medio de la cual le reconocen pensión de invalidez, así como certificación de la IPS (fls.15, 20, 3, 4, 5), documentos que permitían deducir la evaluación y la PCL en un porcentaje superior al 50%, razones suficientes para desestimar la excepción, en tanto la misma tiene génesis en no haberse acudido a la Junta Regional o en la eventual censura contra

el concepto proferido por la entidad calificadora, lo cual tampoco está acreditado o por lo menos no obra prueba de ello dentro del plenario.

“Por consiguiente, resulta incontestable que, en línea de principio, en el derecho privado el asegurador no puede condicionar el pago de la indemnización a una determinada y única forma de prueba, ni siquiera por la vía de establecer en las condiciones generales del contrato de seguro, más concretamente en el de cumplimiento, que esa forma –o acto declarativo de la infracción, si fuere el caso- materializa el siniestro...”

Con todo, como el artículo 1162 del Código de Comercio permite modificar en sentido favorable al tomador, asegurado o beneficiario la norma prevista en el artículo 1080, nada obsta para que se pacte una regla probatoria del siniestro y de la cuantía de la pérdida más benévola a éste último, la cual, en tanto cumpla con esa exigencia de favorabilidad para el titular del derecho, no podría tildarse de ineficaz o de nula.

Con otras palabras, son eficaces las cláusulas que faciliten probar, pero no aquellas que restrinjan la libertad probatoria. Por eso no es admisible el entendimiento de una disposición contractual en este último sentido.” (Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil, 23 de junio de 2010, Rad 2006-00070 02).

Incluso, al tratarse de un régimen exceptuado el de los maestros, la entidad Fiduciaria encargada de administrar los recursos del Fondo es quien contrata las entidades de salud en cada departamento para la prestación de los servicios médico - asistenciales para los docentes activos y pensionados afiliados al Magisterio; debido a lo anterior y al hecho de que el docente no podía escoger libremente la entidad prestadora de salud, el Acuerdo 4 de 2004 estipuló que la Fiduciaria La Previsora S.A. contratara con varias entidades en los diferentes departamentos con el fin de permitir la elección libre entre varias IPS para la prestación del servicio de salud; sin embargo esta libertad de escogencia no es totalmente independiente, sino que tiene limitaciones (Cámara de Comercio de Bogotá, Centro de Arbitraje y Conciliación, 2 de mayo de 2018, Estatuto Laboral del Educador, Carlos Alberto Cortez Riaño, editorial Legis 5ª edición).

En consecuencia, para el caso particular bien pudo asimilarse a MedicoSalud como la EPS del afiliado, sumado que el formulario para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez proviene de Fiduprevisora (fls.93 a 96), entidad a cargo de las prestaciones del docente, quien dictamina un porcentaje de PCL de 85%, lo que de plano abole la excusa de no haberse presentado prueba de la invalidez.

Así, tenemos que la valoración médica surge sólida y emana de una sociedad anónima de economía mixta, de carácter indirecto y del orden nacional, sometida al régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, controlada y vigilada por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia (Naturaleza Jurídica Fiduciaria la Previsora S.A. Superfinanciera), a cargo de las prestaciones de los docentes según

la Ley 962 de 2015 y Acuerdo 9 de 2016 del Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, cuenta de la Nación manejada a través de una fiducia mercantil para la administración de los recursos económicos de la seguridad social y servicios de salud de los maestros, Ley 91 de 1989, siendo Fiduprevisora la administradora de estos capitales en todo el territorio nacional.

Además, dentro del interrogatorio rendido por el representante legal se reconoce validez al dictamen emitido por la IPS (min 54 Video 1), deviniendo contradictoria su declaración con el reparo formulado, sumado que la llamada admite tener en su poder experticia emitida por Fiduprevisora (fls.93 a 96, 109), entidad que puede contratar con instituciones o prestar la atención en algunos casos directamente, como quedó consignado en líneas precedentes, apareciendo evidente que el Fondo del Magisterio a través de la Fiducia concentra la EPS, IPS o ARL.

En ese orden de ideas, para el Juzgado el siniestro aparece acreditado con la prestación por invalidez otorgada al demandante desde mayo de 2014 y el dictamen adosado, atendiendo el promotor de la acción los términos contractuales para demostrar el suceso, circunstancia que torna inviable la oposición.

3. Frente a la excepción de nulidad relativa por inexactitud o reticencia en la declaración, la misma advierte prosperidad, pasándose a estudiar los elementos del contrato de seguro y los fundamentos por los que se abre paso.

Según el artículo 1058 el Código de Comercio la reticencia en que incurra el tomador del seguro acerca del estado del riesgo genera nulidad relativa del contrato, cuando los datos omitidos resulten relevantes para la calificación del estado del riesgo, indicando la Corte Suprema de Justicia que, para afectar la validez de la convención, la imprecisión debe ser trascendente, esto es, conocidas por el asegurador hubieran dado lugar a retraerse del contrato o pactar condiciones más onerosas.

No hay duda que el tomador o asegurado debe suministrar información fidedigna sobre los aspectos que se le indagan, y aunque en la aseguradora recae alguna carga de investigar el estado del riesgo, el ocultamiento de la situación de salud o de las patologías previas, por lo general da lugar a deslucir la intención de la compañía de seguros. Así pues, cuando se debió conocer la inexactitud, indagar el riesgo o ponderar los datos entregados, se asumieron las consecuencias del acuerdo, imposibilitando la anulación del mismo al poder percibir el vicio y no abrirse paso el traslado de la alteración de la realidad fáctica.

Como en el presente caso aparecen demostradas algunas afecciones de ansiedad y depresión de manera antecedente a la suscripción de la póliza, las que no fueron notificadas a la aseguradora, ni debían ser conocidas por esta, se abre paso la reticencia alegada y en consecuencia la nulidad invocada.

Respalda lo anterior la inexistencia de aspectos visibles para Mapfre seguros tendientes a establecer alguna comorbilidad del asegurado o su real condición de

salud, razón por la que no era exigible indagación ni la investigación de otras enfermedades, en tanto la depresión y apnea del sueño en ningún caso se exteriorizan ni aparecen físicamente advertibles.

Atendiendo la mecánica inherente a la formación del consentimiento en el contrato de seguro, connatural a determinados negocios de confianza, el legislador lo que persiguió fue evitar que la aseguradora sea sorprendida, engañada por su cocontratante, o que aun siéndolo, según sea el caso, éste obtenga un beneficio ilícito de ello, exigiendo veracidad y exactitud en la declaración del asegurado, so pena de tener por nulitadas las estipulaciones.

3.1. En cuanto a los padecimientos del accionante, tenemos que para el año 2018 se consigna en su historia clínica antecedente de depresión y ansiedad, a pesar de que el motivo de consulta obedece a un problema abdominal (fl.215), mientras a finales de 2015 se hacía referencia a hipoacusia, apnea de sueño y bradicardia, resaltando *“afecto depresivo ansioso, alteraciones en memoria de trabajo, pensamiento lógico con ideas de minusvalía.”* (fl.265).

Incluso, venía presentando dicha sintomatología desde agosto de 2013, estableciendo la especialidad de psiquiatría que el cuadro depresivo ansioso tenía un aproximado de 6 meses de evolución el 24 de febrero de 2014 (fl.275), es decir, para mediados de 2013 el actor conocía o debía conocer las patologías que lo aquejaban, amén que le recetaban fármacos para tratar los trastornos de ansiedad y pánico, generando los médicos controles periódicos al paciente.

Ratifica todo lo expuesto el control calendado 7 de noviembre de 2013, donde se expone *“tratamiento psiquiátrico desde agosto de 2013 por presencia de sintomatología ansiosa y depresiva de aprox. 2 meses de evolución, que se precipita por dificultad en el trabajo... continua con tristeza, sensación de miedo, irritabilidad, duerme con sobresaltos. Actualmente incapacitado”* (fls.278, 280), lo que nos permite deducir que el demandante omitió informar su condición real de salud al momento de adquirir el seguro a través del cual respaldaba un crédito por muerte e invalidez, al punto de venir incapacitado durante 5 meses para el 3 de febrero de 2014, prorrogándose su incapacidad durante 30 días más (fl.273), lo cual denota la reticencia o conocimiento previo de la perturbación no participada a la aseguradora. Juicio reiterado el 24 de febrero de ese año, donde el galeno recomienda *“incapacidad prolongada...”*, y ratificado el 17 de marzo de 2014 (fls.275, 276), fecha cercana a la de celebración del contrato.

Se puede agregar a lo anterior que el síndrome moderado de apnea del sueño tiene antecedente para marzo de 2013 (fl.289), mientras para junio de 2010 fue atendido por la especialidad de psicología, relatando alteración del sueño, dificultades a nivel laboral (fl.322), deviniendo concluyente el expediente clínico para determinar la reticencia o por lo menos la inexactitud en la que incurrió el asegurado cuando suscribió la póliza, 21 de marzo de 2014, data en la cual había tenido más de 7 revisiones con ocasión de las patologías determinantes para obtener una pérdida de capacidad laboral superior al 80% (fl.20), situación obviada u ocultada que habría dado lugar a una variación de los términos contractuales.

“Por una parte, el deber de declarar implica que el tomador (o asegurado) conoce de la enfermedad. Esto significa que el tomador (o el asegurado) tiene, al momento de celebrar el contrato de seguro, conocimiento sobre las enfermedades, que deben ser diagnosticadas por el especialista competente y registradas en la respectiva historia clínica.

Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales.

En síntesis, el deber de seguimiento estricto de la buena fe para el tomador (o asegurado) consiste en informar sobre el conocimiento de enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato de seguro. (T-222/201, T-058/2016, T-240/2016, T-251/2017, entre otras).

La corte Suprema de Justicia entretanto ha precisado: “Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización.

En consecuencia, la aseguradora tiene **una doble carga**: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición.” (Sala Civil, tutela 2020-00827, negrilla del texto).

En tanto aparece cristalina la preexistencia de algunas patologías y se declaró no conocer o tener diagnóstico de ningún tipo de enfermedad, pese a señalarse expresamente en la solicitud de seguro “*otra enfermedad no mencionada anteriormente (especifique)*”, el accionante faltó a la verdad, desconociendo el principio de buena fe reclamado para este tipo de vinculación, sin que resulte exigible para todos los casos examen de ingreso según decantada jurisprudencia, o se pueda trasladar el descuido a la compañía aseguradora, pues determinar los trastornos del sueño o psiquiátricos no resulta tarea sencilla por más actividad y cuidado en el diligenciamiento del estado del riesgo, manifestando el asegurado

encontrarse en buen estado de salud, no obstante padecer ansiedad, depresión, apnea del sueño y estrés laboral desde el 2010, 2011 y 2013.

Súmese que al rendir interrogatorio se advierte vacilación en varias de sus respuestas, cuando expone no estar medicado e intenta restarle mérito a lo depositado en su ficha clínica; *“para el momento de adquirir el vehículo no sufría, no estaba siendo tratado por ninguna enfermedad, posteriormente fue que me formularon los medicamentos y terapias para cada una de estas situaciones. Uno constantemente va al médico por diferentes situaciones, exactamente no recuerdo la fecha, presentaba problemas de sueño, pero es una etapa de diagnóstico (1:43, 1:48, 1:53 video 1-).*

Pues no recuerdo con exactitud, pero si venía con algunas situaciones, venía presentando algunas situaciones médicas, la fecha no la recuerdo exacto. Asistía al médico por algún diagnóstico, y tratamiento no he tenido con medicamentos.

A mi me ordenaron terapias porque no ven el problema como algo crónico, para el manejo de la apnea del sueño, en psicología me dieron a leer un libro, orientaciones para salir de esta situación, en ningún momento fue agudo. En un concepto de psiquiatría es que puedo volver a trabajar en primaria. Que recuerde, desde el 2014 se ha dado el seguimiento médico.” (3:00, 3:59, 9:50, 15:30, 18:00, 19:30, 25:00 video 2-).

Apreciaciones en su mayoría desvirtuadas con la historia adosada al plenario, donde se encuentra que la prescripción de fármacos data de mucho antes de 2014, el trastorno del sueño tiene génesis en el 2010 y los medicamentos formulados en su conjunto tienden a aminorar o controlar la ansiedad o depresión dictaminadas al actor, razones suficientes para denegar las pretensiones incoadas.

Bajo las anteriores disquisiciones, resulta innecesario estudiar los demás mecanismos exceptivos, haciendo hincapié en que el Juzgado procedió a verificar en primera instancia la existencia y validez del negocio, encontrando nulidad relativa en el mismo, circunstancia suficiente para desestimar las peticiones incoadas y tornar improductivo el análisis de la prescripción alegada, agregando que el estudio de las excepciones se dio en orden de presentación y conforme ordena el buen sentido, pues en caso de prosperar la falta de legitimación, por sustracción de materia no había lugar a desatar el resto de resistencias formuladas.

Como quiera que Finanzauto solamente fue citada como beneficiaria, la decisión incumbe a los extremos procesales únicamente, razón suficiente para relevarse de analizar su defensa, aunado que le podía asistir algún interés en las resultas del proceso no en calidad de demandada como erróneamente entendió la vinculación, sino como favorecida con el pago eventualmente a cargo de la compañía aseguradora, deviniendo ajena a la relación contractual y a la nulidad aquí encontrada, sirviendo el argumento señalado en párrafo precedente para omitir el examen de sus excepciones al no existir responsabilidad a su costa.

Finalmente, en virtud de la reticencia del tomador y la consecuencia lógica prevista para la nulidad relativa, se dará aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio, otorgando la facultad al asegurador de retener la totalidad de la prima a título de pena.

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO CUARENTA y TRES (43) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA D.C**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones de *“falta de legitimación en la causa por activa e inexistencia del siniestro por no cumplir los requisitos del artículo 1077 del C. Co, por lo anotado en precedencia.*

SEGUNDO: DECLARAR PROBADA LA EXCEPCIÓN de Nulidad Relativa por Inexactitud o Reticencia en la Declaración de Asegurabilidad del Asegurado, conforme a la parte motiva del proveído.

TERCERO: EN CONSECUENCIA, NEGAR LA TOTALIDAD DE PRETENSIONES de la demanda, dando la facultad a Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. de proceder conforme lo dispone el artículo 1059 del Código de Comercio.

CUARTO: CONDENAR en costas al extremo demandante. Liquídense por secretaría teniendo como agencias en derecho la suma de **\$1.000.000.**

QUINTO: NOTIFICAR la presente decisión a las partes por estado.

SEXTO: ARCHIVASE el expediente en su oportunidad, previa las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JAIRO ANDRÉS GAITÁN PRADA
JUEZ

AAA

Firmado Por:

Jairo Andres Gaitan Prada
Juez
Juzgado Municipal
Civil 43
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **7066d7f10c7c9163d04544fa1a0e28253dd09edfd4012da53f6c1cb04723b1b6**

Documento generado en 03/02/2022 01:18:19 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>