



República de Colombia
Tribunal Superior Del Distrito
Judicial De Valledupar
Sala Segunda de Decisión Civil – Familia – Laboral

HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

Magistrado Ponente

PROCESO: CIVIL – RESPONSABILIDAD CIVIL
CONTRACTUAL
RADICACIÓN: 20001-31-03-003-**2015-00277-01**
DEMANDANTE: SANDRA MILENA CAMACHO PARRA Y OTROS
DEMANDADO: SEGUROS BOLIVAR S.A.
DECISIÓN: REVOCA SENTENCIA APELADA

Valledupar, catorce (14) de febrero de dos mil veintitrés (2023).

SENTENCIA

Procede la Sala a desatar el recurso de apelación interpuesto contra la sentencia proferida el 7 de julio de 2016 por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, al interior del proceso de la referencia.

1. ANTECEDENTES

Sandra Milena, Álvaro Enrique y Carlos Mario Camacho Parra promovieron demanda verbal para que se declare que Seguros Bolívar S.A. suscribió “*póliza de grupo de vida educadores de Colombia*” con Merys María Parra Ditta para amparar, entre otros riesgos, su incapacidad total y permanente. En consecuencia, pidieron **i)** declarar que como beneficiarios tienen derecho a la indemnización patrimonial derivada de la ocurrencia de ese siniestro; **ii)** que se condene a pagar a la demandada la suma asegurada de \$70.000.000 de la siguiente manera: \$23.800.000, correspondiente al 34%, para Álvaro Enrique Camacho Parra, \$23.100.000, correspondiente al 33%, para Carlos Mario Camacho Parra y \$23.100.000, correspondiente al 33%, para Sandra Milena Camacho Parra; **iii)** los intereses comerciales moratorios a la tasa máxima señalada por la superintendencia financiera de

Colombia, desde el 26 de julio de 2012, fecha en que debió pagarse el siniestro; y **iv)** las costas y gastos del proceso.

En respaldo de sus pretensiones, narraron que el 27 de octubre de 2011, su madre Merys María Parra Ditta suscribió seguro de vida de grupo No. GR-5578 con la demandada a fin de amparar su muerte o una incapacidad total y permanente, último evento que sucedió el 26 de julio de 2012 cuando la Fiduprevisora la calificó mediante dictamen No. SVO0712039 con pérdida de capacidad laboral del 95.45% en razón a *“signos de edema interarritnoideo, edema de pliegues vocales en cara superior bilateral con abultamiento en borde de cuerda vocal izquierda, bordes irregulares, cierre glótico incompleto en reloj de arena, sulcus vocalis bilaterales pólipo y edema crónico borde de cuerda vocal izquierda y quiste intracordal derecho, espolones calcáneos bien definidos por ortheoartrosis degenerativos, hernia discal con exclusión de núcleo pulposo con emigración inferior lateralizada hacia la izquierda L4-L5”*.

Por tal motivo, el 27 de agosto de 2012 se presentó la respectiva reclamación, la cual fue objetada el 18 de octubre siguiente, con base en que la historia clínica daba cuenta de una incapacidad parcial, además que dicha condición no correspondía con su verdadero estado de salud, pues la disfonía crónica le fue diagnosticada desde antes de aumentar el valor asegurado.

No obstante, advierten que la asegurada no fue reticente en su declaración de asegurabilidad, sin desconocer que autorizó expresamente el acceso a su historia clínica. En gracia de discusión, afirmaron que *“el asegurador otorgó el consentimiento al momento de expedir la póliza, es decir, asumió el riesgo en las condiciones en que se hallara”* y bien pudo previo a proferir la póliza realizar los exámenes médicos que estimara a fin de determinar el verdadero estado de salud de la contratante.

2. TRÁMITE PROCESAL

Admitido el libelo mediante auto de 15 de septiembre de 2015 y notificada personalmente la enjuiciada, dio respuesta oponiéndose a las

pretensiones. Frente a los hechos, aceptó la existencia de la póliza, por ende, la suscripción del contrato de seguro. De igual forma los motivos de objeción a la reclamación. En lo relativo al estado de salud e incapacidad de la asegurada alegada por los demandantes, dijo que se atenía a lo probado en el juicio. Y, apuntó que, si bien no se realizaron exámenes médicos al momento de suscribirse el convenio, conforme al artículo 1158 del Código de Comercio, ese hecho no exonera al asegurado de su obligación de *“declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”*.

En su defensa, propuso las excepciones de mérito denominadas *“falta de legitimación en la causa por activa”*, *“inexistencia de la obligación por falta de contrato entre las partes”*, *“inexistencia de la obligación”*, *“nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia”*, *“prescripción del contrato de seguro”* y *“genérica”*.

3. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, el 7 de julio de 2016, tuvo por no probadas las excepciones propuestas y la objeción a la reclamación de la compañía Seguros Bolívar S.A. del 18 de octubre de 2012 como extemporánea. Accedió a las condenas pedidas por la parte demandante y fijó agencias en derecho por \$7.000.000.

Lo anterior, luego de encontrar que **i)** el clausulado de la póliza sí facultaba a los beneficiarios a perseguir el valor asegurado; **ii)** estaban reunidos los requisitos para tener por válido el contrato de seguro, al igual que la incapacidad de la asegurada, último aspecto que definió remitiéndose a las normas del sistema general de seguridad social en pensiones, dado que las condiciones del contrato no eran certeras para determinar a partir de cuanto se tenía o no configurada la incapacidad total permanente; **iii)** no era aceptable la postura presentada por la demandada de cara a la nulidad relativa, pues siempre estuvo facultada para auscultar el estado de salud de la asegurada, sin hacerlo por lo que faltó a su deber de diligencia; y **iv)** refirió que la prescripción aplicable a los beneficiarios, era la extraordinaria de 5 años, contados desde la presentación de la reclamación y no la ordinaria de

un bienio establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio, por tanto, habían actuado en tiempo.

4. DEL RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme la **parte demandada** interpuso recurso de apelación, para lo cual señaló que erró el *a quo* al tener por legitimados a los demandantes, en virtud que para el siniestro reclamado (incapacidad total permanente) solo ostenta la facultad de reclamar directamente la asegurada. Los beneficiarios reclamantes de acuerdo a las condiciones del seguro solo están facultados para reclamar la indemnización ante el hecho de la muerte de la asegurada, pero ese no es el caso.

Puso de presente que no se puede hablar de incapacidad total permanente de la asegurada, porque las condiciones de la póliza entienden que se configura ese siniestro solo cuando el asegurado queda en imposibilidad de ejercer otras labores. También, dijo que no comparte la apreciación sobre la reticencia habida cuenta que para el año 2011, cuando la asegurada aumentó el valor asegurado a \$70.000.000, no informó que estaba en proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral.

Finalmente, dijo que, al carecer los demandantes de la legitimación para accionar, no podía contabilizarse un término distinto al de la prescripción ordinaria de 2 años, el cual corrió desde la presentación de la reclamación que la asegurada realizó el 26 de julio de 2012, sin embargo, la demanda solo se radicó hasta el 9 de septiembre de 2015.

5. ACTUACIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA

Allegada la actuación a la Corporación el 21 de julio de 2016, correspondió su conocimiento al Despacho 01 de esta Sala, quien declaró la pérdida automática de competencia contemplada en el artículo 121 del Código General del Proceso el 4 de marzo de 2019. El 19 siguiente se avocó a trámite por este Despacho y el 22 de septiembre de 2020 se corrió traslado a la demandada para sustentar en los términos del artículo 14 del Decreto

806 de 2020.

En término, Seguros Bolívar S.A. amplió sus reparos al indicar que la autoridad de primera instancia desconoció la obligatoriedad de los términos y condiciones establecidas en el contrato que suscribieron las partes, especialmente, la manera en que operó el amparo de incapacidad total y permanentes, lo que va en contravía de lo pactado, so pretexto de determinar la verdadera intención de las partes. Ello, en referencia a que no se atendió que la póliza era clara en establecer que la incapacidad asegurada era aquella que debía “*de por vida impedir a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo*”, lo cual no se acreditó. Por ende, si no se produjo el siniestro, no era obligada a pagar o indemnizar.

En lo relacionado con la facultad de los beneficiarios a reclamar, dijo que si bien el anexo de la póliza no estableció expresamente a quien debía pagarse la suma asegurada, ello no significa que deba deducirse que aquellos podían hacerlo y no la asegurada, sobre quien recae el derecho de reclamar, máxime cuando la finalidad del amparo era otorgarle cobertura frente a su incapacidad total permanente. Debió analizarse el contrato como un todo y atender a la real intención de los contratantes, para entender que los hijos designados como beneficiarios solo podían acudir en reclamo frente al hecho de la muerte de la asegurada.

Luego de citar varias cláusulas del contrato, dijo que de su lectura armónica se debió advertir que la indemnización de los riesgos amparados se realiza según el caso, pues en tratándose de incapacidad total permanente o enfermedades graves, recae sobre el asegurado la facultad de reclamar, quien a su vez es el titular del interés asegurable, distinto escenario que ofrece su muerte, dado que allí sí se erigen quienes haya sido designados como beneficiarios para cobrar.

En lo relativo a la prescripción, apuntó que el *a quo* se contradijo al señalar en su fallo que la prescripción ordinaria de 2 años aplicaba incluso para los beneficiarios, a quienes resultó concediéndoles el término extraordinario de 5 años, bajo la supuesta calidad de víctimas conforme al artículo 1131 del Código de Comercio, aplicable para el seguro de

responsabilidad civil, el cual no es de interés en este caso.

En esos términos, insistió, debió contarse el término desde el 3 de agosto de 2012, fecha en la que la asegurada se enteró del resultado del dictamen que declaró su invalidez. En gracia de discusión, de aceptarse a los demandantes como legitimados para demandar, desde diciembre de 2012, cuando se enteraron del deterioro progresivo de la salud de su madre y que tenía contratados seguros con Seguros Bolívar y Suramericana, conforme declaró el demandante Álvaro Enrique Camacho Parra en su interrogatorio. De ahí que, para el 9 de septiembre de 2015, data en la que se radicó la demanda, el bienio estaba más que vencido.

Descorrida esa alegación, el extremo demandante refirió que se debe mantener el fallo apelado porque la incapacidad total y permanente se produce cuando se presentan alteraciones funcionales incurables que impidan a la persona desarrollar cualquier trabajo remunerativo, lo cual sucedió con la asegurada, pues el deterioro de la salud en su garganta le impidió desarrollar la labor que desempeñó toda su vida laboral como maestra, al punto que se encuentra pensionada por invalidez. Señaló que, conforme a varios pronunciamientos de la Corte Constitucional, *“al no establecerse un parámetro claro de calificación en caso de invalidez del asegurado, como mínimo deberá garantizarse el estándar que se exige en el régimen general de seguridad social en pensiones, es decir, que el asegurado sea calificado por lo menos con el 50% de pérdida de la capacidad laboral para que se estructure el riesgo asegurado”*.

Frente a la legitimación de los beneficiarios, refirió que es claro que la tienen, porque fue la asegurada quien los designó en ese rol, facultad o atribución exclusiva en la cual la aseguradora nada tiene que ver, pues es un aspecto del contrato que no está sujeto al concurso de voluntades para su posterior existencia y validez. No obstante, en caso de encontrarse necesario, pidió *“integrar el litisconsorcio necesario para que se emita una sentencia en derecho que no cercene de manera tajante los derechos de la persona incapacitada total y permanentemente al disfrute de una indemnización por el valor asegurado”*.

Para resolver el recurso presentado, los Magistrados, previa deliberación, exponen las siguientes:

6. CONSIDERACIONES

Verificada la ausencia de irregularidades que puedan ocasionar la invalidación de lo actuado, así como la satisfacción de los presupuestos procesales, es del caso resolver el fondo del litigio.

Así las cosas, la Sala advierte tres aspectos centrales a revisar conforme a lo propuesto por el extremo recurrente: **1)** la legitimación por activa de los beneficiarios; **2)** si se configuró o no el siniestro asegurado y **3)** el fenómeno prescriptivo.

Por cuestiones de método, se abordará en un primer orden la falta de legitimación para actuar de los demandantes, por ser un presupuesto necesario en el presente litigio. Con todo, se hará un recuento de las nociones generales del contrato de seguro y la específica modalidad del que aquí se reclama, la legitimación como elemento de la prosperidad de la acción y finalmente el fenómeno extintivo y sus tipos en las acciones derivadas del contrato de seguro.

No sin antes resaltar que conforme los artículos 322, 327 y 328 del Código General del Proceso, el superior, en tratándose de la apelación de sentencias, únicamente se extiende al contenido de los reparos concretos señalados en la fase de interposición de la alzada, oralmente en la respectiva audiencia o por escrito, siempre y cuando, ello hubiera sido sustentado en la oportunidad concedida, sea por escrito o en vista pública si es del caso practicar las pruebas decretadas de oficio.

De allí, que esté vedado al *ad quem* pronunciarse sobre cuestiones no comprendidas en los reparos concretos expresados por el censor contra la sentencia de primera instancia, como sobre aquellos reproches que, pese a haber sido indicados en esa primera etapa del recurso, no fueron sustentados posteriormente en la audiencia del artículo 327 *ibidem*. O

durante el término de traslado concedido por el Decreto 806 de 2020 y la Ley 2213 de 2022 (SC3148, 28 jul. 2021, rad. n.º 2014-00403-02).

Lo expuesto «*salvo las resoluciones accidentales, cuya vida depende o es conexas con otros pronunciamientos. [Esto] tiene lugar cuando la reforma impone ‘hacer modificaciones sobre puntos íntimamente relacionados con aquella’.* El artículo 357 del Código de Procedimiento Civil, lo consagraba. La prerrogativa también aparece reiterada en el canon 328 del Código General del Proceso» (SC3781, 1º sep. 2021, rad. n.º 2014-09788-01).

Las resoluciones conexas son, entre otras, las relativas a «*temas de orden público, del todo imperativos, [así] como en la oficiosidad impuesta por ley*», como sucede frente a «*cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda*» (artículo 281 del C.G.P.) o las excepciones no resueltas por el *a quo* cuando el *ad quem* «*considera infundada*» la reconocida por aquél (inciso tercero del artículo 282 *ibidem*).

6.1. Nociones generales del contrato de seguro.

El contrato de conformidad con los artículos 1037, 1045, 1054 y 1066 del Código de Comercio, es definible como el vínculo jurídico formado entre el asegurador y el tomador, en virtud del cual aquél asume uno o varios riesgos determinados, asociados a un interés jurídico, a cuya realización surge el deber de satisfacer una prestación en favor del asegurado, a cambio de una prima.

En palabras de la H. Corte Suprema de Justicia

En términos generales, es aquél un negocio bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo por virtud del cual una empresa autorizada para explotar esta actividad, 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 estos 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 (SC, 29 en. 1998, exp. n.º 4894).

Sus elementos esenciales de acuerdo con el artículo 1045 de dicho compendio son los siguientes:

i) El interés asegurable, esto es, *«la relación de índole económica que une a una persona consigo misma, o con otro sujeto, o con un bien, o con un derecho específico, que eventualmente puede resultar afectado por variedad de riesgos, todos ellos susceptibles de ser amparados en un contrato de seguro»* (SC5327, 13 dic. 2018, rad. n.º 2008-00193-01);

ii) El riesgo asegurable o *«el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario»* (artículo 1054 C.Co.). Dicho, en otros términos, se trata de *«un hecho condicionante, esto es, verdadera circunstancia futura e incierta, por la posibilidad de su ocurrencia al mediar la incertidumbre de que sobrevenga el hecho por obra del azar, del alea, afectando patrimonialmente a un sujeto de derecho, en forma concreta (seguro de daños), o en forma abstracta (seguro de personas)»* (SC7814, 15 jun. 2016, rad. n.º 2007-00072-01).

Puede darse por acción u omisión, hechos naturales o del hombre, internos o externos al asegurado, entre muchas otras alternativas, **pero** siempre que ninguna de ellas dependa exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, ni se trate del aseguramiento del dolo, la culpa grave o actos meramente potestativos (artículo 1055 C. Co.), sin perjuicio de lo prescrito en el inciso final del artículo 1127, norma prevalente para el seguro de responsabilidad.

iii) El precio del seguro, también conocido como prima, el cual se calcula según *«bases de sostenibilidad económica que permitan, a más de su rentabilidad, el eventual pago de siniestros futuros a la mutualidad que los trasladó»* (SC4527, 23 nov. 2020, rad. n.º 2011-00361-01).

iv) El deber condicional de la aseguradora de satisfacer una prestación en favor del asegurado, siempre que se configure el siniestro (artículo 1072 *Ibidem*).

De manera que, se puede decir, el riesgo asegurado es el punto cardinal de la comercialización de los seguros, ya que está estrechamente ligado al interés asegurable, sirve para calcular el precio del seguro y determina el hecho o siniestro a cargo de la aseguradora.

Ahora bien, las partes del contrato conforme al artículo 1037 del Código de Comercio, son el asegurador o la persona jurídica debidamente autorizada por la superintendencia financiera que asume los riesgos de acuerdo con las leyes y normas vigentes, y el tomador, persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos. El asegurado no es parte del contrato de seguro, es la persona que tiene el interés real de evitar los riesgos, es decir, quien tiene el interés asegurable. Los beneficiarios son aquellas personas que no intervienen en la formación del contrato, pero que perciben el valor del seguro en caso de siniestro. Existen dos tipos de beneficiarios: contractual y legal.

De otro lado, punto álgido de discusión en materia de seguros es la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, sin que esté en discusión que de incurrir en reticencia o inexactitud conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro. Así reza de manera general el canon 1058 del Código de Comercio, aspecto que se reafirma en específico para el seguro de vida en el artículo 1138 *ídem*. Por lo que es necesario cuestionarse si en los casos en los que se demuestra la reticencia o inexactitud, basta para decretar la invalidez referida o se requiere de algo más, esto es, acreditar que el asegurador, de haber conocida la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos.

Pues bien, el artículo 871 de la codificación comercial incorporó la buena fe como principio supremo en los actos mercantiles, los cuales también se rigen "*por todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural*". Aquel principio en el contrato de seguro se reliva al punto de hablarse de ubérrima buena fe porque son los tomadores o asegurados, quienes ostentan el interés, los que conocen mejor las circunstancias exactas que los rodean. De ahí que se ha

llegado a decir: las aseguradoras están en las manos del solicitante y su declaración.

Pero eso no significa que se espere de ellas una conducta totalmente pasiva, ya que al ser profesionales en su materia el legislador les endilgó diligencia y proactividad. Así se ha entendido por la jurisprudencia ordinaria. Por ejemplo, en los casos en que se ampara la vida, cuando el artículo 1158 *ídem* dice que así la aseguradora prescinda del examen médico, el tomador debe ser sincero en sus manifestaciones, en realidad le está endilgando a la compañía profesional obrar con prudencia y cuidado, pues en últimas le da la alternativa de corroborar o no las palabras de quien acude a asegurarse. El asegurador no debe conformarse con la carga de sinceridad que tiene el interesado.

Por ende, la ubérrima buena fe se predica tanto del tomador o asegurado como del asegurador. Es un postulado de doble vía, pues éste tiene la *“potestad (...) de adelantar sus propias pesquisas en pos de evaluar qué tan probable puede ser el advenimiento del riesgo y, por lógica consecuencia, del nacimiento de la obligación condicional que el seguro radica en él”*. Todo, dijo en otra ocasión, *«mediante (...) indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas (...) en forma voluntaria o facultativa, apoyado en expertos»* (CSJ. Civil. 2 ag. 2001, exp. No. 06146).

Respecto del punto dijo:

(...) la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fe son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. Fundadas en el cuestionario o en su investigación en relación con el tomador, es como pueden asumir la determinación de no contratar o de hacerlo en condiciones más onerosas. La obligación emanada del 1058 es bifronte, cobija a las dos partes. (SC3791-2021).

Entonces, frente a la existencia de reticencia, la nulidad del seguro no siempre se impone, porque precisamente la aseguradora conoció o debió

conocer el estado del riesgo, lo cual se asume que acepta cuando celebra el negocio, pues equivale a que no advirtió dificultades, y, porque después de celebrado el contrato, puede suceder que se allane a los vicios expresa o tácitamente. En esta hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, de haber existido, se ha superado. La invalidez relativa del contrato de seguro, por tanto, es excepcional.

Queda por precisar que inclusive cuando las reticencias persisten, ya sea porque no pudieron ser conocidas por la compañía aseguradora de manera real o presunta, o porque ésta no ha saneado los vicios posteriores de forma expresa o tácita, no son capaces de derribar el contrato si no son trascendentes o relevantes. Sobre el particular, la Sala Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, dijo:

«Ahora, es incuestionable que la ley no ha consagrado una pormenorizada relación de los hechos que determinan el estado del riesgo en el contrato de seguro (numerus clausus), sin que tampoco pueda pasarse por alto que las circunstancias que ofrezcan incidencia en un evento concreto, in casu, pueden carecer de ella en otro distinto. Por tal razón, compete al juez, en cada caso específico, dado que se trata de una quaestio facti, auscultar y validar, desde la óptica del singular contrato de seguro sub iudice, cuáles acontecimientos fácticos pudieran interesar o incidir en el asentimiento del asegurador y cuáles no (juicio de relevancia o de trascendencia) (...)» (CSJ. Civil. Sentencia de 12 de septiembre de 2002, expediente 7011.)

De suerte que, debe probarse la reticencia y también la incidencia de aquella en los vicios del consentimiento, para ahí si establecer que en caso de haber conocido el asegurador la información ocultada se habría “retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas” (art. 1058 C. Co.). En ese panorama, la carga de la prueba la tendrá quien alegue la nulidad relativa del seguro como acción o excepción (art. 167 C.G.P.). En SC3791 se dejó claro que:

El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador.

Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y

(ii) que se abstendrá de celebrar el contrato». Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde arrimar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento.

6.2. Tipos de seguros.

Es preciso distinguir que existen el **seguro de personas**, los cuales se caracterizan porque *“el asegurado es la persona misma sobre cuya vida, salud e integridad corporal se celebra el contrato de seguro”* (SC5217, 3 dic. 2019 rad. No. 2008-00102-01). El **seguro de daños**, en el cual por disposición del canon 1083 de la codificación comercial, deben ampararse las afectaciones que puedan causarse en el patrimonio del asegurado frente a un perjuicio de orden pecuniario, ya sea bajo la modalidad de reales que recaen sobre bienes respecto de los cuales se ampara el riesgo que pone en peligro su integridad material o la de los derechos que se tienen sobre ellos, o, patrimoniales, que protegen la integridad del patrimonio económico contra el detrimentos eventual que pueda afectar desfavorablemente y que puede originarse en una disminución del activo o en un aumento del pasivo, *“de ahí que se les reconozca como de mera indemnización”* (SC, 21 ag. 1978, GJ CLVIII No. 2399): Así como el **seguro de responsabilidad**, con cual se cubren los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinadas responsabilidad en que incurra, en favor de la víctima (art. 1127).

Para determinar el riesgo amparado hay que remitirse al tipo de seguro contratado. Así, el seguro base de esta demanda se ubica dentro de las estipulaciones legales colombianas como un seguro de personas y, por tanto, a voces del artículo 1137 de la legislación mercantil, el interés asegurable, puede recaer en la propia vida de la persona del asegurado, en la de las personas a quien legalmente puede reclamarle alimentos, y en la de aquellos cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico, aunque este no sea susceptible de una evaluación cierta.

En dicho grupo de seguros, el valor de ese interés no tendrá otro límite que el que libremente le asignen los contratantes, claro está con la salvedad

que el perjuicio derivado de la muerte o incapacidad de un tercero puede ser materia de evaluación cierta.

El deber aseguraticio entendido como la contraprestación asumida por la aseguradora, surge cuando se configura el siniestro conforme establece el artículo 1072 del Código de Comercio. Dicha suma no siempre es la misma, pues en tratándose de seguros de daños consiste en resarcir, dentro de los límites pactados, las consecuencias económicas desfavorables a los perjuicios patrimoniales provocados por el siniestro, mientras que, en los seguros de personas, a los que por su naturaleza les sea extraño el principio indemnizatorio, dicho objeto lo constituye la suma asegurada. (SC002, 24 en. 1994, exp. No. 4045).

Eso sí, acaecido el siniestro el asegurado *«a más de su noticia oportuna al asegurador y de los deberes de mitigación exigibles, tiene la carga de formular reclamación extrajudicial “aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077”, o sea, el acaecimiento del riesgo y la cuantía de la pérdida (artículo 1053 del Código de Comercio) (SC, 27 ag. 2008, rad. n.º 1997-14171-01)»* (SC1916, 31 may. 2018, rad. n.º 2005-00346-01).

6.3. De la acción de responsabilidad y la legitimación en la causa.

Es postulado general de nuestro ordenamiento jurídico que aquel que injustamente cause un perjuicio a otro está en el deber de resarcirlo en forma íntegra. Para ello, se han establecido las vías de la responsabilidad civil contractual – cuando hay de por medio alguna convención entre las partes – o extracontractual cuando el daño se ha producido por fuera de los alcances de una negociación.

Es claro, entonces, que esa dualidad de sendas para reclamar la reparación de agravios demarca distinciones entre un evento y otro. O lo que es igual, unos son los presupuestos que exige la ley y la jurisprudencia en el terreno de la responsabilidad contractual, y otros diferentes los que se deben acreditar en el marco de la llamada responsabilidad aquiliana.

Bajo esa órbita, si se hace uso de la acción contractual al contratante afectado se le impone acreditar la *“existencia de un contrato válidamente celebrado, la lesión o menoscabo que ha sufrido el demandante en su patrimonio y la relación de causalidad entre el incumplimiento imputado al demandado y el daño causado, elementos que la estructuran”*¹. Todo porque, conforme con el artículo 1613 del Código Civil, la responsabilidad contractual se deriva de la *“inejecución o ejecución defectuosa o tardía de las obligaciones”* acordadas².

Ahora, en cuanto a la legitimación para actuar, la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia tiene dicho que:

[l]a legitimación en la causa, elemento material para la sentencia estimatoria –o, lo que es lo mismo, una de las condiciones sustanciales para el éxito de las pretensiones–, denota la correspondencia entre los extremos activo y pasivo del derecho sustancial reclamado, con los extremos activo y pasivo de la relación procesal mediante la cual se pretende su instrumentalización. La legitimatio ad causam se estructurará cuando coincidan la titularidad procesal afirmada en la demanda y la sustancial que otorgan las normas jurídicas de ese linaje.

No basta, pues, con la auto-atribución o asignación del derecho por parte del demandante en su escrito inicial, sino que es necesaria la efectiva titularidad del derecho material discutido en el juicio; por ello la legitimación se ubica en los presupuestos materiales para la sentencia de fondo estimatoria, y no en los presupuestos procesales de la acción, que son condiciones formales para el válido desarrollo de la relación instrumental. (SC3631-2021, reiterada en SC3635-2022).

6.4. La prescripción en el contrato de seguro.

El artículo 1081 del Código de Comercio dispone:

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

¹ CSJ SC 3 mar. 2007. Expediente 6879.

² Ídem.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

Es decir, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben por vía ordinaria y extraordinaria. La primera, es de 2 años, que empiezan a correr *“desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”* y la segunda es de 5 años, que corren *“contra toda clase de personas”* y *“desde el momento en que nace el respectivo derecho”*, lapsos que no pueden ser modificados por las partes a voces del artículo 1081 del Código de Comercio.

Con la finalidad de aclarar el alcance de una y otra, la jurisprudencia ha dicho que la prescripción ordinaria es de naturaleza subjetiva porque sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces e impone analizar en cada caso la calidad de la persona que promueve la acción y su posición en relación con el hecho que dio origen a la misma o el derecho que persigue, en tanto que la extraordinaria es objetiva, corre contra toda clase de personas, incluidos los incapaces.

También se ha dicho que, en virtud de la amplitud de la norma, en principio, ambas son aplicables a toda clase de acciones derivadas del contrato de seguro. Son independientes, autónomas, pero pueden transcurrir paralelamente, por lo que *«adquiere materialización jurídica la primera de ellas que se configure. Ahora bien, como la extraordinaria aplica a toda clase de personas y su término inicia desde cuando nace el respectivo derecho (objetiva), ella se consolidará siempre y cuando no lo haya sido antes la ordinaria, según el caso»*. (CSJ SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01).

Frente al momento exacto en que corre el término y la interpretación de las expresiones *“tener conocimiento del hecho que da base a la acción”* y *“desde el momento que nace el respectivo derecho”*, la Sala Civil de la H. Corte Suprema de Justicia tiene decantado que comportan una misma idea, es decir, que se refieren al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro o realizado el riesgo asegurado, momento desde el cual principia el lapso fatal que puede extinguir la acción, sea cual sea su naturaleza o la calidad de quien procura sus derechos prevalido de la existencia de un contrato de seguro, en el que pudo o no haber sido parte.

Se consideran interesados aquellas personas que derivan algún derecho del contrato de seguro, entre los que estarían el asegurador y el tomador (art. 1037 C. Co.), así como el asegurado y el beneficiario (art. 1047, num. 3° ib.), a quienes les corre el término prescriptivo ordinario desde que conocieron el siniestro o debieron conocerlo, siempre y cuando sean capaces. Al respecto, la referida Corporación en CSJ SC 3 may. 2000, exp. 5360 dijo,

[r]esulta por ende de lo dicho, que los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo cual dicho término se suspende en relación con los incapaces (artículo 2541 C.C.), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquél hecho; mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, como a espacio se refirió, y siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria.

Y, con posterioridad, en SC 29 jun. 2007, exp. 1998-04690-01, advirtió sobre el error en que se incurre al entender que la prescripción extraordinaria **solo** aplica para los beneficiarios. Así lo señaló:

*la expresión “contra toda clase de personas”, que en relación con la prescripción extraordinaria contempla el inciso 3° del tantas veces citado artículo 1081 del estatuto mercantil, no tuvo por fin circunscribir esa precisa forma de extinción de las acciones, a una o unas específicas y, mucho menos, a las que surjan con ocasión del seguro de daños, **como tampoco significa que esa modalidad prescriptiva sólo opera respecto de ciertos interesados, en particular los beneficiarios, pues la amplitud del precepto deja en claro que ambas clases de prescripción, por regla, se aplican a la generalidad de las acciones que tienen fuente en el negocio asegurativo o en la normatividad a que él está sometido y que operan en pro o en contra de todo interesado**, no siendo entonces de recibo en esta materia la hermenéutica que efectúa el censor en su demanda casacional, como se anticipó. (Negrilla fuera del texto).*

Ahora bien, distinto panorama ofrece el término de prescripción del seguro de responsabilidad civil, el cual, valga decir, solo aplica para dicho tipo de seguros, donde el legislador habilitó una vía directa de reclamación a la aseguradora por parte de la víctima del siniestro, última que cuenta con 5 años contados desde el suceso del siniestro o el hecho imputable al asegurado con independencia de si lo conoció o no el afectado. Igualmente, corre contra toda clase de personas, inclusive los incapaces.

6.5. Caso concreto.

En *sub examine* los demandantes Sandra Milena, Álvaro Enrique y Carlos Mario Camacho Parra promovieron acción de responsabilidad civil contractual en contra de Seguros Bolívar S.A. para que se declare que como beneficiarios del seguro de vida de grupo No. GR 5578 tienen derechos patrimoniales. Por ende, a que se les pague el valor asegurado de \$70.000.000 en la proporción establecida para cada uno en la póliza, a razón de la configuración de la incapacidad total y permanente de Merys María Parra Ditta, su madre.

Analizada la póliza, la Sala advierte que el referido seguro fue tomado inicialmente el 13 de diciembre de 1999 por Educadores de Colombia y se aseguró a la profesora Parra Ditta en su *“vida, incapacidad total y permanente e indemnización por muerte accidental con beneficios por desmembración”* por un valor de \$20.000.000. Luego dicho interés asegurable fue incrementando hasta la suma de \$70.000.000, según la póliza suscrita el 21 de abril de 2011, la cual agregó como amparo las *“enfermedades graves”*. Dicho contrato estaba sujeto a condiciones generales y particulares.

De las primeras se destaca que en la condición vigésimo segunda, relativa a la reclamación, se establece *“el beneficiario o asegurado, según el caso, deberá remitir junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro”*. La vigésimo tercera, que describe el aviso del siniestro, indica *“en caso de muerte de cualquiera de los asegurados, el tomador o el beneficiario deberá dar aviso a La Compañía dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia”* y la vigésimo cuarta, que describe el pago del siniestro, señala *“La Compañía pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro”*.

De igual forma, remitidos al anexo respectivo del amparo de incapacidad total y permanente, encontramos que la condición primera definió dicho siniestro como *“la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haya sido provocada por el asegurado”*.

Y, en cuanto a su reclamación, la condición quinta reza *“para que La Compañía pague la indemnización correspondiente a una incapacidad total y permanente, el asegurado deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este anexo. La compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten”*.

Lo anterior, sirve de derrotero para establecer los siniestros de muerte e incapacidad total y permanente, por ser los que interesan en el caso, que se ampararon con la referida póliza y las condiciones bajo las que se entendían configurados de cara a su posterior indemnización. Destacando claramente que, dependiendo de aquel o este riesgo, se habilitaba el beneficiario, refulgiendo para el caso de la muerte de la asegurada los beneficiarios, hoy demandantes, y para el caso de su eventual incapacidad, la misma asegurada, tal y como lo entendió la maestra Parra Ditta, quien directamente formuló la reclamación ante el conocimiento de su dictamen de pérdida de capacidad laboral, sin éxito.

Esa diferenciación es fundamental en este caso porque de ello deviene la legitimación para pedir de las partes, en este caso los demandantes Sandra Milena, Álvaro Enrique y Carlos Mario Camacho Parra, quienes por desconocimiento o cualquier otro motivo, ignoraron que al no estar frente al hecho de la muerte de su madre no les asistía facultad para reclamar la indemnización por el acaecimiento del riesgo de su incapacidad total y permanente, sin embargo, enterados de la objeción a la reclamación que

aquella dirigió a la aseguradora, decidieron activar la jurisdicción por su propia cuenta.

Sin que aquí se pueda aceptar o pregonar que el contrato les perjudica o les aprovecha, como forma de aceptar su participación en el litigio, pues a la luz del siniestro asegurado, ello sería un desacierto. Distinto fuera el escenario si se encontrasen ante el desafortunado hecho del deceso de su madre, pues claramente les surge un interés o una afectación positiva en su patrimonio, bajo la calidad, ahí sí, de beneficiarios.

Frente al punto, esta Sala está advertida en cuanto a que en materia contractual, no puede afirmarse a raja tabla que la legitimación en la causa para demandar está regida por la aplicación con carácter absoluto del principio de la relatividad de los contratos, cuya esencia se consigna en que la cosa hecha entre unos no aprovecha ni perjudica a terceros; pues tanto la doctrina como la jurisprudencia reconocen que *«en los alrededores del contrato hay personas que ciertamente no fueron sus celebrantes, pero a quienes no les es indiferente la suerte final del mismo»* (CSJ SC, 28 Jul 2005, Rad. 1999-00449-01), de modo que su incumplimiento, los vicios en su formación, el ocultamiento de la voluntad real de los contratantes y el desequilibrio en su contenido prestacional alcanza y afecta patrimonialmente a sujetos diferentes a los contratantes. No obstante, ello no sucede acá.

Se destaca además que aquellas personas no son los terceros absolutos, quienes son totalmente extraños al contrato y no guardan nexo alguno con las partes, por lo que éste ni les perjudica ni les aprovecha, sino los terceros relativos, de quienes se predica una vinculación jurídica con los contratantes por cuanto ese pacto les irradia derechos y obligaciones, último escenario en el que se enmarcan los aquí demandantes, se itera, si se estuviera ante la fatalidad de la asegurada, único riesgo del cual si les emana beneficio directo, que no de su incapacidad total y permanente.

A modo de comparación, en los casos de seguros de vida grupo deudores, aquellos que se ligan a la consecución de un producto financiero de crédito, la jurisprudencia de cierre de la jurisdicción ordinaria ha

reconocido la legitimación de los terceros para pedir el cumplimiento de la obligación, aun cuando en estricto sentido quien funge como beneficiario es el banco: *«(...) los causahabientes del deudor fallecido o las personas afectadas indirectamente con el seguro no son los beneficiarios del mismo, pues la vida se asegura para bien del acreedor, hasta la concurrencia del saldo insoluto de la obligación. De ahí que, en el caso, el banco demandado sería el único llamado a exigir las consecuencias directas del seguro contratado. // Con todo, como el principio de la relatividad de los contratos no es absoluto, en consideración a que la ejecución o inejecución de un negocio jurídico puede beneficiar o afectar indirectamente otros patrimonios, se tiene aceptado que los terceros interesados se encuentran facultados para velar por la suerte del mismo.»* (sent. cas. civ. de 15 de diciembre de 2008 exp. 2001-01021-01, reiterada en SC5698-2021).

Más adelante estableció que:

si el acreedor “halló gratuitamente quién le asegurara que a la muerte del deudor tenía derecho a un monto igual al saldo insoluto de la deuda, y si para así ponerse a cubierto de eventuales pérdidas acudió a que su deudor pagase por ello (las primas del seguro), la viuda puede elevar su voz, precisamente porque la función económico-jurídica del seguro ha sido puesta en vilo ante la paciencia, aquiescencia, pasividad o tolerancia [del banco]. Dicha actitud causa de rebote un perjuicio en el patrimonio del causante y a su turno en el de la herencia y sociedad conyugal. Perfectamente dirá la viuda que los seguros, y más lo que le han costado, son para eso, para cumplirse, porque esa es su función normal y corriente; que para algo ha de servir el seguro. Cuando el seguro disputado en este juicio se contrató, es verdad meridiana que el deudor, tanto o más que el propio Banco prestamista, está interesadísimo y hasta muy confiado en las proyecciones económicas que tal seguro reflejaría en su órbita patrimonial, y acaso fue por ello que decidió pasar por la condición de pagar, de buen grado o no, la prima a la aseguradora que de ordinario, dicho sea de ocasión, le señala el mismo Banco. Difícil imaginar interés más fúlgido. Mandarle que no despegue sus labios porque no es parte en el seguro, o porque el Banco, que sí es parte, puede obrar a su antojo, resulta una orden desproporcionada e inicua. Oírla, pues, parece lo más sensato y de elemental justicia. Su clamor no es otro que éste: el pago a mi acreedor, al propio tiempo me libera; ordénenle, por consiguiente, que cumpla” (Sentencia 195 de 28 de julio de 2005, expediente 00449)».

Otro caso, es el del cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, inclusive del socio o vocero de una sociedad, cuya vida estaba amparada, quienes, en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde.

Sin embargo, como se extrae de dichos apartes jurisprudenciales, esa habilitación excepcional solo se da en los casos de amparo de la vida del asegurado, por lo que considera la Sala al no ser ese el escenario que aquí se avista, era imperativa la declaratoria de la falta de legitimación en la causa de los demandantes, pues, dígame sin ambages, no eran los titulares de la relación jurídico material y tampoco les asistía un interés real en el litigio teniendo en cuenta el siniestro ocurrido, lo que en últimas equivalía al llamado al fracaso de las pretensiones, sin necesidad siquiera de estudiar las demás defensas, pues como se vio también, dicho elemento es exigencia *sine qua nom* para salir adelante en el litigio.

En consecuencia, se revoca la sentencia apelada, para en su lugar, declarar probada la excepción denominada “*falta de legitimación en la causa por activa*”.

Se condena en costas de segunda instancia al extremo demandado, por lo que se fija como agencias en derecho tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que incluirá el Juzgado de primera instancia en la liquidación de costas de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

7. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la sentencia proferida el 7 de julio de 2016 por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, para en su lugar, declarar probada la excepción denominada “*falta de legitimación en la causa por activa*”, de conformidad con lo expuesto.

SEGUNDO: COSTAS de esta instancia a cargo de la parte demandante, en favor de la parte demandada Seguros Bolívar S.A. Se fija como agencias en derecho tres (3) salarios mínimos legales mensuales

vigentes, las cuales deberán ser liquidadas junto a las costas en primera instancia, de conformidad de conformidad al artículo 366 del C. G. del P.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para los fines pertinentes.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE.



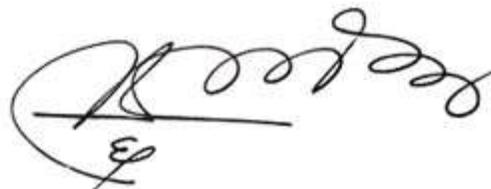
HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

Magistrado



JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH

Magistrado



JESÚS ARMANDO ZAMORA SUÁREZ

Magistrado

Apelación de sentencia civil, radicado: 20001-31-03-003-**2015-00277-01**.