

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR

Sala Civil – Familia - Laboral

M.P. Álvaro López Valera

E.S.D.

REF. Rad: 20001-31-03-003-2015-00277-01

Proceso: Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual.

Demandantes: Sandra Milena Camacho Parra

Demandado: Seguros Bolívar S.A.

Ref.: sustentación de recurso de apelación contra sentencia del 7 de julio de 2017

JAIME ALBERTO RAMIREZ SOLANO,

mayor de edad, vecino de la ciudad de Santa Marta, identificado como aparece al pie de mi firma en mi condición de sustituto de la sociedad **SEGUROS BOLIVAR S.A.**, de acuerdo al poder conferido, que fue aportado con anterioridad al expediente, mediante el presente escrito, me permito sustentar el recurso de apelación que fuera interpuesto contra la sentencia del 7 de julio de 2017, dictada por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar, para lo cual delantadamente, nos ratificamos en los reparos que fueran señalados al momento de la interposición del recurso contra la decisión aludida.

❖ **DE LA DECISION IMPUGNADA**

El Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar profirió sentencia de primera instancia de fecha 7 de julio de 2017, en virtud de la cual, entre otras determinaciones, declaró no probadas las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada, y condenó a Seguros Bolívar S.A. a cancelar la póliza de seguros No. GR-5578 de fecha o vigencia desde el 1 de enero de 2012, a los beneficiarios señores Sandra Milena, Alvaro Enrique y Carlos Mario Camacho Parra, la suma de \$70.000.000 de pesos, por la incapacidad total y permanente de su señora madre Merys María Parra Ditta, en las proporciones ahí señaladas en favor de los aquellos.

Así mismo, se condenó a la demandada a cancelar intereses moratorios de conformidad con el artículo 1080 del Co. de Co., a partir del mes siguiente a la fecha en que se realizó



la reclamación, en favor de los actores; e igualmente se condenó en costas a la demandada y se fijaron agencias en derecho en la suma de \$7.000.000 a cargo de ésta.

❖ DE LA SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

En armonía con lo previsto en el artículo 327 del C.G.P., nos permitimos desarrollar los argumentos expuestos ante la juez de primera instancia al momento de interponer el recurso contra el fallo confutado. En ese orden, ciñéndonos a los reparos tenemos los siguientes:

Expresamos nuestra inconformidad con respecto a la decisión tomada por el juez a quo, teniendo en cuenta que incurre en los siguientes yerros:

- 1. En la valoración probatoria del contrato de seguro** contenido en la Póliza Educadores de Colombia Seguro de Vida-Grupo 5578, **al apartarse y desconocer los términos y condiciones pactados entre las partes.**

El contrato fue interpretado en perjuicio de las estipulaciones acordadas en el negocio jurídico convenido, desconociéndose la obligatoriedad de los términos y condiciones, pues lo acordado gozaba de fuerza vinculante para las partes al del artículo 1602 del C.C., que establece que todo contrato legalmente celebrado es ley para las partes; norma ésta que es el referente normativo que debía tenerse en cuenta sobre el caso sub examine.

Erradamente se interpretó el negocio jurídico, y sus cláusulas, especialmente las referentes a la manera en que opera el amparo de Incapacidad Total y Permanente, en contravía de lo pactado, so pretexto de determinar la verdadera intención de las partes contratantes en lo estipulado; lo cual desnaturalizó el convenio suscrito, ya que dicha labor no cabía teniendo en cuenta que lo que se había acordado de manera expresa, clara, no generaba confusiones, debiéndose atenderse al sentido literal.

El juez debía atenerse a las estipulaciones del contrato celebrado, lo cual no hizo, por cuanto se apartó de darle aplicación a lo convenido en la *CONDICION PRIMERA. - DEFINICION DE INCAPACIDAD Y PERMANENTE*, del anexo de Incapacidad Total y Permanente, en virtud de la cual se requería que el siniestro o riesgo asegurado sucediera en las condiciones ahí previstas, es decir, que para que surgiera la obligación condicional del asegurado, constituía un presupuesto que la ITP *“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 y cuando dicha*

incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento (150) días y no haya sido provocado por el asegurado.

Situación que no se dio, al no acreditarse que la incapacidad que le fue determinada a la demandante, fuera tal *que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo.*

En tal sentido, a lo largo del proceso se ha expresado por parte de mi representada que ella en ejercicio del principio de la cobertura de riesgos estipulados, la de manera clara y expresa delimitó el riesgo tal como lo evidencia la condición primera del anexo de incapacidad total y permanente, lo cual es perfectamente válido.

Era evidente que por falta de realización o acaecimiento del siniestro, Seguros Bolívar S.A., no debe a la demandante ningún pago o indemnización, aspecto que fue pasado por alto por el juez de instancia, quien desconoció lo regulado en el condicionado general y particular, pero concretamente en el anexo referido a Incapacidad Total y Permanente, bajo el cual y con respecto a la situación de la demandante, se podía inferir con base a las pruebas obrantes la proceso que no tiene una incapacidad que le impida de por vida desempeñar cualquier trabajo remunerativo, lo cual a la luz del contrato permite sostener que la incapacidad padecida por la madre de los actores no reúne los requisitos, en estricto juicio, previstos en el cuerpo normativo del contrato de seguro suscrito, ya que el evento ocurrido no se acomoda típicamente al riesgo asegurado, lo cual se itera, fue desconocido en contra de lo pactado y probado.

2. Yerra el juez a quo en tener como legitimados a los actores para reclamar los derechos y prestaciones previstas en el anexo de Incapacidad total y Permanente.

Si bien es cierto que la asegurada los designó como beneficiarios, ello no implica que sean ellos los legitimados para reclamar la indemnización pedida pues dicha designación o calidad no es el factor determinante que genere en estos el derecho a exigir la prestación contenida en el anexo de ITP ; sobre este punto valor anotar que el juez interpreta erradamente la manera cómo funciona el reconocimiento de esta prestación.

Si bien el referido anexo no establece expresamente a quien debe pagarse la suma asegurada a través del mismo, lo cierto es que ello no puede ser óbice para que se deduzca que son los beneficiarios y no la asegurada, sobre quien recaería el derecho a reclamar, cuando la finalidad de ese amparo es otorgar una cobertura a la asegurada frente a una ITP. Debía aceptarse, siendo ello lo más razonable en cuanto a la intención de las partes en el contrato celebrado, que el hecho de que

sus hijos hayan sido designados como beneficiarios, debía mirarse a estos en función únicamente con respecto al amparo de muerte.

En tal sentido, consideramos que el contrato y sus anexos no fueron interpretados debidamente y en forma sistemática, pues si se tratasen de ambigüedades o dudas que enfrentara el intérprete, en su labor estaba obligado a seguir las pautas establecidas en las reglas a que se refieren los artículos 1618 y siguientes del Código Civil, a fin de poder establecer la intención de los contratantes habida cuenta la situación alegada por el extremo que represento a lo largo de todo el proceso (falta de legitimación), y que le permitiera analizar debidamente uno de los problema jurídico suscitados en esta Litis, correspondiente a la manera cómo opera el amparo aludido, y poder definir razonablemente en cabeza de quien recaía la legitimación para exigir el cumplimiento del contrato de seguro; pudiendo y debiendo interpretar el contrato como un todo, interpretando sus cláusulas unas por otras, lo cual no se hizo por parte del juzgador de instancia.

Sobre esta línea de pensamiento, para exponer el error del a quo, vale anotar que el anexo de ITP, aportado al expediente, en su condición quinta, establece lo siguiente:

“CONDICION QUINTA. – RECLAMACIONES

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. (...)”

Nótese de la citada clausula, que ella establece que es el asegurado quien tiene el deber de presentar la reclamación ante la compañía a efectos de acreditar su derecho y obtener el pago de la indemnización correspondiente.

Más adelante en ese mismo anexo, se consagra lo siguiente:

CONDICION NOVENA – CONVERTIBILIDAD

(...)

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES”

Por otro lado, el anexo de enfermedades graves vida grupo, en su condición octava, también referente a reclamaciones, preceptúa lo siguiente:

“CONDICION OCTAVA. – RECLAMACIONES

Para que La compañía pague la indemnización correspondiente al presente anexo, el asegurado deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia del hecho amparado.

(...)

El pago de la indemnización a que hubiera lugar se hará al asegurado.”

A su turno, en las condiciones generales de la póliza, en lo pertinente lo siguiente:

“CONDICION VIGESIMA SEGUNDA. – RECLAMACIONES

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberá remitir, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro (...)”

Seguidamente, en las mismas condiciones generales aparece mencionado lo que a continuación traemos igualmente a cita textual, veamos:

CONDICION VIGESIMA CUARTA. – PAGO DE SINIESTRO

La Compañía pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la Póliza y sus Anexos

De todo a lo anterior, es de comentar que una interpretación sistémica del contrato como un todo, hubiera permitido entender que el pago de la indemnización por los riesgos amparados se realiza según el caso, pues unas veces debe ser al asegurado, en tratándose del anexo de ITP y de enfermedades graves, en los cuales el asegurado, sobre quien por demás recae el interés asegurable, primeramente, es el legitimado para exigir el cumplimiento de las prestaciones ahí previstas; mientras que en el amparo de muerte, son los beneficiarios los que tienen el derecho a reclamar, claro está, que puede suceder que el asegurado se siniestre por una ITP y fallezca, en ese evento, serían los beneficiarios quienes podría reclamar ambos amparos;

Pero no es este el caso, pues en el proceso se demostró que fue la asegurada la que presentó reclamación formal ante la compañía, y que ésta se encuentra con vida, de modo que sería ella la legitimada exclusivamente para reclamar el derecho invocado y no sus hijos, hoy parte accionante, y pese a esto, pasándose por alto tales circunstancias aunado a una indebida interpretación del contrato, condujo a que el juez aceptara a la parte actor como beneficiaria y legitimada de los derechos invocados con la demanda, lo cual es un error.

3. Yerra el juez a quo en descartar la ocurrencia de la prescripción sobre los derechos reclamados.

El juzgador de primera instancia realiza una indebida valoración probatoria, al igual que aplica indebidamente un referente normativo que no debía proyectarse sobre el caso particular, refiriéndonos por tal al artículo 1131 del Co. de Comercio – que es una norma especial para el seguro de Responsabilidad Civil-, que erróneamente tuvo en cuenta en su decisión el a quo, y que no tenía cabida en el sub examine; aunado a lo anterior se equivoca cuando utilizó como parámetro para contabilizar si se configuraba o no el plazo extintivo, el de la senda extraordinaria, debiendo atenerse al de la ordinaria, lo cual no hizo

Errores de bulto, que lo condujeron forzosamente a descartar la excepción de mérito denominada prescripción del contrato de seguro, alegada en la contestación de la demanda en favor de mi representada.

Para sustentar es ataque es preciso revisar los fundamentos de la decisión del juez, veamos:

- El juez a min 46:10 de la grabación de la audiencia de la audiencia donde fue proferida el fallo, parte 2, menciona lo siguiente

*“De acuerdo con el artículo 1081 invocado **la prescripción ordinaria** empieza a contarse a partir del momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, es un criterio subjetivo y solo se puede alegar entre las partes del contrato, esto es, entre tomador y asegurador* y aseguradora (sic), **aunque también se puede alegar al beneficiario**. La extraordinaria empieza a contarse al momento en que nace el respectivo derecho y puede ser alegada frente a todo el mundo, esto es, frente a las partes incluso frente a terceros que no son partes en el contrato incluyendo el caso de los menores de edad.*

- A min 46:49, de la grabación de la audiencia de la audiencia donde fue proferida el fallo, asegura

“Es por ello que la prescripción extraordinaria en la responsabilidad civil al alegársele al tomador, asegurado o beneficiario lo hace o se hace a partir de la fecha en que radicó la reclamación”

- Y continúa diciendo a turno seguido:

La efectuó el asegurado señora Merys María Parra el día 27 de agosto de 2012, siendo contestada por Seguros Bolívar el 18 de octubre del mismo año, por lo que para el despacho siendo aplicable la prescripción extraordinaria a los beneficiarios (...) el término de prescripción sería hasta el 26 de agosto de 2007 (sic), y al*

presentarse la demanda en el año 2015, el 9 de septiembre, no se encuentra prescrito o no hay prescripción para presentar la demanda, no configurándose el término prescriptivo a que hace alusión la demandante (sic)*

- Luego cita una jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, de la cual destaca que a las víctimas no se les puede aplicar el término breve de dos años de la prescripción ordinaria consagrada en el artículo 1081 en comento, sino el de 5 años correspondiente a la prescripción extraordinaria lo que ha modificado la doctrina y jurisprudencia que se aplica al respecto; para finalizar diciendo que por ello la excepción no está llamada a prosperar.

Hasta aquí saltan a la vista los ostensibles errores del juez en su providencia, en el sentido de que claramente el canon del 1131 de nuestra legislación comercial va referido exclusivamente al contrato de seguro de responsabilidad civil, que es un seguro distinto al debatido en el proceso; de modo que esa norma no debía ser tomada en cuenta, así como tampoco el plazo contenido en la prescripción extraordinaria, pues acá no hay ninguna víctima – como erróneamente lo consideró el juez.

En el caso concreto, debía tenerse en cuenta y aplicarse el plazo de la prescripción ordinaria, del artículo 1081 inciso segundo, pues siguiendo la lógica de dicho por el fallador de primera instancia, esta *“empieza a contarse a partir del momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, es un criterio subjetivo y solo se puede alegar entre las partes del contrato, esto es, entre tomador y asegurador* y aseguradora (sic), aunque también se puede alegar al beneficiario.”*

Nótese que según el dicho del juez, quien considera que los demandantes son beneficiarios, debía aplicársele entonces a estos, el plazo de la prescripción ordinaria, sin embargo, el juez debido a sus errores interpretativos llegó a una conclusión desacertada, pasando por alto y contradiciendo lo incluso por el sostenido.

Ahora bien, en el proceso se demostró que la asegurada se siniestró - aclarando que no queriendo con ello decir que le asista el derecho-, el 26 de julio de 2012 (fecha de estructuración de la invalidez declarada a través de dictamen del SOR 0713013, de la misma fecha, expedido por UT Oriente Región 5, aportado al expediente,) y se enteró del mismo (hecho que da base a la acción) el 3 de agosto de 2012, presentando ella misma reclamación formal el 27 de agosto del mismo año, y desde ahí se contaba el término extintivo ordinario; encontrándose que en ese escenario los derechos de la póliza al momento en que fueron reclamados judicialmente se encontraban prescritos, situación que aplica sobre el asegurado, y los tenidos por beneficiarios, en razón a que son parte interesada – como lo refiere la norma-, los cuales se enteraron ahí o debieron enterarse del hecho que da base a la acción (conocimiento real o presunto).

A conclusión similar se podría llegar a partir de lo que a continuación me permito reseñar.

Sobre la prescripción ordinaria, la norma que regula lo regula consagra que *“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.”*

De dicho fenómeno se ha dicho *“[L]as dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció (...).”*¹

Partiendo que la prescripción ordinaria aplica sobre los beneficiarios como bien lo acotó el juez, tenemos que descender necesariamente sobre las pruebas practicadas, en especial a las declaraciones de parte rendidas en el proceso.

- En tal sentido, de la declaración del demandante **Álvaro Enrique Camacho Parra**, -que no fue tenida en cuenta si quiera por el Juez-, el actor básicamente alude a q que en una reunión familiar en el mes de diciembre de 2012, se dieron cuenta (él y sus hermanos) que la salud de su mamá en su garganta estaba decayendo producto de su actividad profesional; relató que se dieron cuenta que era algo progresivo y que le consultaron sobre si ella tenía seguros de vida contratados a lo que refiere que su madre dijo que si, que tenía contratadas póliza con seguros Bolívar y Suramericana pero que ninguna le habían hecho efectivo el seguro.
- El actor también asegura que se enteró que era beneficiario porque su mama le dijo, y también manifestó que estaba enterado que su mama presentó una reclamación a la aseguradora. El despacho le pregunto cómo supo que él y sus hermanos eran beneficiarios, a lo que el declarante contestó porque le hicieron la consulta a su madre quien les comento.
- El juez también le preguntó sobre la empresa que dictaminó la invalidez de su madre, y respondió que el la acompaña a su madre a sus procesos médicos, a su eps, fundación médico preventiva, a todos sus médicos, mencionando al otorrino, y que la acompañaba a donde la EPS y ARL de su madre decían que había que ir para determinar su afectación;

Pues bueno, de su dicho, valorado con las demás pruebas obrantes al proceso, da a entender que la acompañó en todo el proceso de calificación, o cuando al menos, es dable suponer tal circunstancia.

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de febrero de 2007, exp. 1999-00749

Hasta aquí, y recapitulando un poco, debe tenerse presente los siguientes hechos probados:

- 1) Que a diciembre de 2012, ya la señora Merys María Parra Ditta había sido calificada y declarada invalida;
- 2) Que a diciembre de 2012 ya la señora Merys María Parra Ditta había presentado ésta la reclamación formal;
- 3) Aunado a ello, no puede pasarse de vista lo que aparece en una comunicación de fecha 1 de noviembre de 2012, suscrita por la asegurada, con fecha de recibido 7 de noviembre, dirigida al comité de indemnizaciones de Seguros de Vida Bolívar, en donde se manifiesta que tiene *“derecho por haber sido valorada por mi IPS (fundación Médico Preventivo) a través de su médico de Salud Ocupacional (Doctora INDIRA MANOTAS ALBOR) ordenada y ratificada por el otorrinolaringólogo (Doctr LUIS ANGEL RODRIGUEZ) con un calificación de 94.45 considera como una incapacidad total y permanente, revisada y aceptada por el Fondo Nacional de Prestaciones de Magisterio dándole su visto bueno ...”*

Todo lo anterior, permitiría inferir razonablemente que los actores conocieron o debieron conocer del hecho que daba base a la acción, o bien desde la notificación al asegurado del dictamen del SOR 0713013, esto es, el 3 de agosto de 2012, ora desde la fecha en que Seguros Bolívar objetó la reclamación (18 de octubre del mismo año), o cuando al menos desde el mes de diciembre de 2012; lo cual a la luz de la norma que regula el fenómeno de la prescripción ordinaria –aplicable sobre el caso de marras-, permite colegir que para el momento en que los actores presentaron la demanda (9 de septiembre de 2015), ya se había configurado el plazo extintivo; situación que escapó al raciocinio del juez o fue mal entendida y valorada.

Ahora bien, es preciso señalar que nada tiene que ver que los demandantes conocieran de la existencia de la póliza contratada. En apoyo a esto así como de los argumentos aquí expuestos me permito traer a colación lo que se cita a manera de jurisprudencia en la sentencia STC5094-2015

“(...) En el campo de los seguros, el artículo 1081 del Código de Comercio prevé que:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria (...) La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (...) La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho (...) Estos términos no pueden ser modificados por las partes”.

“A pesar de que en la norma se hace alusión a dos especies de prescripción, esto es, la ordinaria y la extraordinaria, no quiere decir que sean el producto de una dicotomía irreconciliable, pues, son más los puntos que las unen que los que las separan.

“Es así como ambas se pueden presentar en cualquier clase de discusión originada en un contrato de seguro y corren frente a todos los titulares del derecho respectivo, ya se trate del tomador, el beneficiario, la aseguradora o el asegurado.

“Lo que las diferencia, en esencia, son dos aspectos puntuales. Uno subjetivo, relacionado con el conocimiento, real o presunto, que se tenga de la ocurrencia del siniestro, y el otro objetivo, que tiene que ver con la capacidad para hacer efectivo el reconocimiento del siniestro y el pago de la indemnización pretendida, sin que ello impida que corran de modo simultáneo, como en efecto puede suceder.

“De tal manera que, si el legitimado para reclamar es incapaz o se presenta una demora en enterarse de los hechos que dan base a la acción’, momento este en que ‘nace el respectivo derecho’, lo afecta la prescripción extraordinaria. Pero ello no es óbice para que se pueda configurar con antelación la ordinaria, como en el caso de los menores que alcanzan la mayoría de edad o cuando cesa el motivo de incapacidad, así mismo, si el retardo en saber sobre la realización del riesgo asegurado no es muy prolongado.

“Recientemente la Corte precisó como características y aspectos determinantes de la dualidad extintiva del artículo 1080 del estatuto mercantil que ‘[U]as dos clases de prescripción son de diferente naturaleza, pues, mientras la ordinaria depende del conocimiento real o presunto por parte del titular de la respectiva acción de la ocurrencia del hecho que la genera, lo que la estructura como subjetiva; la extraordinaria es objetiva, ya que empieza a correr a partir del surgimiento del derecho, independientemente de que se sepa o no cuándo aconteció (...) Todas las acciones que surgen del contrato de seguro, o de las normas legales que lo regulan, pueden prescribir tanto ordinaria, como extraordinariamente (...) La prescripción extraordinaria corre contra toda clase de personas, mientras que la ordinaria no opera contra los incapaces (...) El término de la ordinaria es de sólo dos años y el de la extraordinaria se extiende a cinco, justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situación jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas’ (...) Las dos formas de prescripción son independientes y autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, adquiriendo materialización jurídica la primera de ellas que se configure (sentencia del 18 de diciembre de 2012, exp. 2007-00071).

“Con anterioridad, la Sala se pronunció sobre los términos usados en el precepto materia de análisis para precisar que ‘las expresiones ‘tener conocimiento del hecho que da base a la acción’ y ‘desde el momento en que nace el respectivo derecho’ (utilizadas en su orden por los incisos 2° y 3° del artículo 1081 del C. de Co.) comportan ‘una misma idea’, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de

la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’ (...). En la misma providencia esta Sala [sentencia del 3 de mayo de 2000, exp. 5360] concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era ‘el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario’, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal ‘se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después’. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria’ (sentencia del 12 de febrero de 2007, exp. 1999-00749).

“En cuanto a la concurrencia que puede presentarse en el cómputo de ambos términos, resaltó la Corporación que ‘[e]n punto de su operancia, propio es notar que las dos formas de prescripción son independientes, amén que autónomas, aun cuando pueden transcurrir simultáneamente, y 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 (sentencia del 29 de junio de 2007, exp. 1998-04690).

“(…) [D]elimitados como se encuentran los alcances del artículo 1081 del Código de Comercio, por la percepción que tenga el interesado del suceso que lo legitima para obrar y la aptitud legal para ser sujeto de los derechos que invoca, no goza de validez la alegación del censor en el sentido de que el desconocimiento de la existencia del contrato de seguro, por parte del asegurado, se constituye en un nuevo motivo para estudiar su situación al amparo de la prescripción extraordinaria.

“Esto por cuanto el Tribunal aplicó el precepto en su sentido natural y obvio, en clara correspondencia con los precedentes jurisprudenciales de la Sala, al establecer como principios rectores de su escrutinio el que el accionante, a pesar de su limitación para desempeñarse laboralmente, es una persona capaz y que conoció del siniestro desde el momento mismo de su ocurrencia, el 26 de agosto de 2000, cuando se produjo la calificación de invalidez.

“(…) [A]dmittir la argumentación aducida por el recurrente en el sentido de que la ignorancia de la existencia de la póliza encasilla en la modalidad extintiva extraordinaria la prosperidad del pleito, significaría una modificación normativa, que prohíbe precisamente la naturaleza de orden público que le confiere la ley a la prescripción.

“De tal manera que no podía el ad quem hacer caso omiso de la presencia de los dos elementos que justificaba su estudio por la senda de la prescripción ordinaria, como lo eran el que desde

el momento en que se realizó el riesgo asegurado, el beneficiario tuvo pleno conocimiento de su condición y que no estaba bajo ninguna de las circunstancias de incapacidad legal que le impidieran reclamar la indemnización.

“(...)

“(...) [E]n consecuencia, no advierte la Corte reparo al raciocinio jurídico del ad quem, en la medida que sopesó los parámetros necesarios para la ocurrencia de la prescripción ordinaria en el caso particular propuesto, sin que se dieran los aspectos objetivos ni subjetivos que desviarán su comprensión a la esfera de la extraordinaria”². (se subraya).

De haber sido valorados debidamente los hechos de cara a las pruebas incorporadas al proceso, debía el juez al pronunciarse sobre el medio exceptivo aludido aplicando el canon del artículo 1081 del Co. de Co., lo que le hubiera permitido tener por demostrada la ocurrencia de la prescripción ordinaria del contrato de seguro en contrato de los actores, como parte interesada.

❖ PETICION

En atención a lo ante expuestos, solicitó se sirva revocar la sentencia de primera instancia y en su lugar se sirva absolver a la parte demandada de las pretensiones de la demanda.

Del señor magistrado,



JAIME ALBERTO RAMÍREZ SOLANO
C.C 1.082.893.196 de Santa Marta
T.P 271.713 del C. S. de la J.

² CSJ, SC del 4 de abril de 2013, exp.: 2004-00457-01