

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y NUEVE CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., tres (3) de octubre de dos mil veintitrés (2023)

RADICADO: 11001-40-03-005-2020-00474 02.

REF: VERBAL de CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA contra COMPAÑÍA METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Procede el despacho a resolver el recurso de apelación promovido por el demandante contra la sentencia calendada el 11 de octubre de 2022 proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Bogotá mediante la cual se declaró probada la excepción de nulidad relativa del contrato de seguros y se negaron las pretensiones.

ANTECEDENTES

1.- El demandante actuando por intermedio de apoderado judicial, convocó a la demandada a fin de obtener la declaratoria de vigencia de la póliza N° 2005654 para el momento en que se estructuró el estado de invalidez, esto es 10 de junio de 2019, amparo que respalda ese contrato de seguro por un monto de \$55'036.790,00, así como el *plan canasta por incapacidad total y permanente* en cuantía total de \$39'626.484,00 (renta mensual de \$3'302.207,00 por 12 meses), sin que haya lugar a la declaración de alguna nulidad relativa por reticencia; de forma consecencial y ante el incumplimiento del pago de la indemnización dentro del término estipulado en el canon 1077 del Código de Comercio, se condene al pago de las anteriores sumas junto con los intereses moratorios a la tasa máxima autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

2- Las suplicas se apoyan, en los supuestos facticos que enseguida se sintetizan:

2.1. El 18 de junio de 2015 fue incluido dentro del contrato de seguro de vida grupo denominado campaña vida N° 2005654 que en calidad de tomador suscribió Banco Falabella S.A. con la Compañía Metlife Colombia Seguro de Vida S.A., cuya vigencia correspondió al 18 de junio de 2015 al 18 de junio de 2021. Cuenta con dos amparos específicos que son los que se reclaman, el primero por incapacidad total y permanente por un valor de \$55.036.790.00 y el *plan canasta por incapacidad total y permanente* consistente en una renta mensual de \$3.302.207,00 por un periodo de 12 meses (\$39.626.484,00)

2.2. Con fecha 10 de julio de 2019 se calificó al demandante por parte de la Junta de Calificación de la UT Servisalud San José quien le determinó una pérdida del 71,9% con fecha de estructuración del 10 de junio de 2019, razón por la cual realizó la reclamación ante la compañía aseguradora en noviembre de esa misma anualidad.

2.3. Aseguró que el 3 de diciembre de 2019 *Metlife* solicitó al demandante varios documentos para llevar a cabo el estudio de la reclamación, escenario del cual se derivó la reclamación formal el 3 de enero de 2020 con radicado N°. 18601753.

2.4. La compañía el 3 de febrero de 2020 objetó el pago de la indemnización, al considerar la materialización de la reticencia, hecho que a su consideración no corresponde a la realidad por cuanto entre la fecha de la suscripción del contrato de

seguro y el 18 de junio de 2020, ya había operado la prescripción extraordinaria para alegar la supuesta nulidad relativa, encontrándose saneado cualquier vicio.

2.5. Refirió que en atención a la ocurrencia del siniestro desde el 10 de junio de 2019, las primas generadas con posteridad no debían ser objeto de pago y por tanto deben ser reembolsadas; en todo caso, que el 27 de mayo de 2020 se renovó el seguro de vida, según comunicado que la agencia de seguros Falabella le puso en conocimiento.

3. Tras ser admitida la demanda, se ordenó notificar a la pasiva quien además de oponerse a los hechos de la demanda, propuso excepciones de mérito las cuales denominó *“ausencia de cobertura: los hechos que fundamentan el reclamo (...) son preexistentes a la entrada en vigencia de las póliza objeto de la controversia”, “inexigibilidad de obligación alguna a cargo de Metlife: El marco fáctico del reclamo elevado por el señor (...) corresponde a la realización de una exclusión”, “La póliza vida grupo 2005654 certificado 722 no cubre la incertidumbre subjetiva del señor (...) en torno a su estado de salud previo a la celebración del referido contrato”, “inexigibilidad de obligación indemnizatoria frente a Metlife”, “la configuración del amparo de incapacidad total y permanente contemplado en la póliza vida grupo 2005654 certificado 722 no se encuentra supeditado al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social”, “nulidad relativa del contrato de seguro: por reticencia, ausencia de nexo de causalidad entre siniestro y reticencia, no es obligación de la compañía inspeccionar y verificar de forma previa el verdadero estado de riesgo, la declaración del asegurado debe corresponder a la verdad”, “en virtud de la nulidad relativa del contrato, la aseguradora se encuentra facultada para retener los valores de la prima con ocasión a la inexactitud de la información suministrada por el asegurado”, “no procedencia de la compensación del dolo del asegurado con la culpa de Metlife”, “reducción de la prestación del asegurador en el evento en que la reticencia halle su origen en un error de la tomadora o aseguradora”, “inexigibilidad del amparo de renta mensual gastos hogar por ITP”, “la póliza 2005654 certificado 722- no es revocable unilateralmente a instancia de Metlife”, “prescripción extintiva de las acciones y derechos emanados del contrato de seguro”, “Metlife no ha incurrido en mora frente al reclamo elevado por el demandante”, “improcedencia de la causación de intereses moratorios”, “responsabilidad de Metlife circunscrita el contrato de seguro”, “limitación del amparo a la suma asegurada” y la genérica.*

4. En desarrollo de la audiencia de que trata el artículo 372 del C.G.P., se fijó el litigio, se dio apertura al debate probatorio y las demás etapas que consagra la normatividad.

5. En sentencia del 11 de octubre de 2022 se declaró probada la excepción denominada nulidad relativa del contrato de seguros celebrado entre el demandante y Metlife formulada por la parte demandante y se negaron las pretensiones. Condenó en costas a la actora y fijó como agencias en derecho la suma de \$1.800.000.

II. EL FALLO CENSURADO

6. Para arribar a esa conclusión, el Juzgador de primera instancia indicó, tras recordar los antecedentes de la acción y los hechos que constituyera la fijación del litigio, enfatizó en que conforme al precepto 1058 del Código de Comercio compete al asegurado indicar la realidad del estado de riesgo para así determinar las condiciones del contrato, estipulación que extrajo de la sentencia ST 2803 de 2016

de la Corte Suprema de Justicia¹, y refirió² *“que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado de riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato, sino que opera en la fase previa a su celebración, ya que su objetivo es el de garantizar la expresión Inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo de abstenerse de hacerlo o de contraerlo, pero bajo condiciones más onerosas. No importa, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora cuando se le ha inquirido para que dé información es objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta medir el verdadero estado de riesgo, sea cual haya sido la razón de su proceder con intención o con culpa, lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta a la formación, de lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz”*.

Enfatizó que dentro del expediente se encuentra probado la solicitud de seguro de vida, en cuyos amparos se encuentra la invalidez total e incapacidad permanente, así como el plan canasta por la misma dificultad física; igualmente, que la calificación de pérdida de capacidad laboral elaborada por el cuerpo médico de la entidad a la que se encontraba adscrito, ascendió al 71,9% de origen común y con fecha de estructuración del 10 de junio de 2019.

Igualmente, enfatizó en que para el 19 de enero de 2009, según se plasmó en la historia clínica, el paciente ingresó por consulta de dolor de cabeza y zumbido en el oído, siendo diagnosticado con cefalea tensional, otitis y reflujo; para el 27 de octubre de 2011 su examen arrojó la patología de *hipoacusia*, cuyo resultado se reiteró el 2 de junio de 2012 y 2 de octubre de esa anualidad³, escenario que no fue desconocido para el demandante quien en su interrogatorio de parte confesó padecer de esa enfermedad.

Concluyó que esos hechos denotan que con antelación a la suscripción del contrato de seguro objeto de la acción, el demandante padecía una enfermedad auditiva que representó un total de 37,5% de la totalidad del porcentaje de pérdida de capacidad laboral examinado; trajo como argumento de exposición que los diagnósticos de hipoacusia neuro sensorial, tinnitus y otros vértigos periféricos, representan en gran medida la disminución laboral.

De lo relatado, concluyó que los padecimientos de los cuales tuvo conocimiento desde el año 2009 fueron determinantes para la situación médica general que trajo consigo la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje tan alto, por lo que las inconsistencias en la declaración de asegurabilidad sancionan con la nulidad relativa el contrato de seguro.

III. EL RECURSO DE APELACIÓN.

Inconforme con la decisión, el demandante reseñó que no se tuvo en cuenta el transcurso del tiempo que terminó saneando la nulidad conforme así lo expresa el precepto 1081 del Código de Comercio, al no tener en cuenta el precedente, supuesto que pretermitió el a quo; de igual forma, desconoció el material probatorio

¹ Radicado 25001310300032008003401

² Récord 02:42:06 audiencia 373 CGP.

³ Récord 02:52:56 ib

arrimado y en especial el análisis que debió realizar la compañía aseguradora a la historia clínica del paciente.

En la sustentación de la alzada recordó la ausencia de análisis de la prescripción de la nulidad relativa y trajo a colación diferentes pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia, en los cuales se revelaba la necesidad de tener en cuenta el lustro de la extraordinaria para estos casos; así mismo, enfiló su embate frente a la valoración probatoria realizada.

IV. CONSIDERACIONES

1. En primer lugar debe advertirse que conforme a la apelación que la parte demandante hizo y lo reglado en el canon 327 del Código General del Proceso, el Despacho se encuentra limitado por el alcance de las inconformidades y el motivo principal de su descuerdo, el cual se centró en la pretermisión de análisis de la figura prescriptiva de la declaración de nulidad relativa del contrato de seguro, así como la deficiencia probatoria realizada por el a quo.

Por lo que los problemas jurídicos a resolver se harán consistir en la prescripción de la nulidad relativa del contrato de seguro, para enseguida, de ser el caso, promover el análisis de los demás supuestos jurídicos para resolver el asunto.

2. Dentro del dossier no cabe duda la existencia del contrato de seguro contenido en la póliza de seguro N° 2005654 en el cual funge como asegurado el aquí demandante y *Metlife* como compañía aseguradora; tampoco se encuentra en discusión la fecha de suscripción del convenio ni los amparos en él recogidos, así como tampoco su vigencia. Todos esos aspectos se encuentran claramente identificados y probados.

En la discusión traída a colación, el estrado judicial inicial consideró, con fundamento en la reticencia del asegurado al momento de realizar su declaración de asegurabilidad y la materialización de la firma del convenio, que el mismo está viciado de nulidad relativa, sin embargo, no se preocupó por revisar las condiciones necesarias para verificar si tal omisión fue saneada con el paso del tiempo, es decir, la aplicación de la figura de la prescripción extraordinaria que en tiempo, con la demanda y la réplica a las excepciones de mérito, formuló el demandante.

3. El artículo 1081 del Código de Comercio prevé que *“(l)a 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”*.

Esta última corre en contra de toda persona, tiene un plazo para que se configure de 5 años e inicia a partir del momento en que nace el derecho, con total prescindencia de que haya sido conocido o no el hecho que daba lugar al reclamo, precisiones que tienen como interés en impedir elevar reclamaciones en cualquier tiempo, tornando indefinidas sus disputas.

Sin embargo, ese término no es solo factible su aplicación al asegurado o beneficiario, por cuanto sus efectos también son atribuibles a la aseguradora, lo que por ejemplo acarrea el saneamiento de la nulidad relativa originada al momento de crearse el contrato.

Al respecto, ha dejado sentado la Corte Suprema de Justicia que la **“prescripción extraordinaria bajo análisis impide la alegación de la nulidad relativa invocada por la aseguradora, tanto por vía de acción como de excepción, al tratarse de un efecto regulado en el artículo 2535 del Código Civil, a cuyo tenor «(l)a prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible.»**

Esto traduce que el **saneamiento de la nulidad relativa por el transcurso del tiempo no es otra cosa que la prescripción extintiva de la acción**, como lo señaló esta Corporación al recabar que **«el Código Civil asimila el saneamiento por haber transcurrido un periodo de tiempo a la prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos, como claramente se desprende, sin mayor esfuerzo, del texto del artículo 2535 que reza así (...) Es evidente a todas luces, que si el transcurso de cierto lapso implica la prescripción de una acción judicial, y por ende la extinción de un derecho, ese transcurso debe alegarse por vía de prescripción, dada la similitud y la dependencia estricta que existe entre el transcurrir del tiempo sin el ejercicio de la acción y el consecuencial (sic) fenómeno de prescripción de la misma.»** (CSJ SC de 15 mar. 1983, G.J. 2411)”.

Bajo ese paradigma, ha sido ese mismo órgano de la jurisdicción ordinaria, el que ha precisado la data en la cual debe contabilizarse el lustro para verificar si acaeció o no el fenómeno prescriptivo extintivo que en últimas, tiene efectos de sanear las contingencias o irregularidades del convenio, es aquella en la cual se celebró el contrato de seguro, al respecto precisó que:

“Se requiere la distinción entre una y otra especie de prescripción, por cuanto a términos del referido artículo 1081 del C. de Co., los cinco años que se exigen para la extraordinaria correrán “contra toda clase de personas”; mandato este último cuyo alcance definió la Corte al sostener que “La expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aún contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento...” del hecho que da base a la acción (sentencia citada de 7 de julio de 1977), esto es, en los casos de los ejemplos analizados, que el término de la prescripción extraordinaria corre, según el evento, desde el día del siniestro, (cuando la acción ejercida es la de reconocimiento de la indemnización) o desde cuando se perfeccionó el contrato viciado por una reticencia o inexactitud (si se demanda la nulidad relativa del pacto), háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso, como sí sucede con la ordinaria (artículo 2530 del C.C.).

Luego de fenecido el quinquenio en referencia, la relación jurídica se tomará inescrutable, con todo lo que ello supone, como quiera que no podrá acudir, con éxito, al expediente prescriptivo, así se compruebe fehacientemente que el asegurador, por vía de elocuente ejemplo, no conoció el hecho detonante del surgimiento de su derecho impugnatorio (la reticencia o la inexactitud), que autorizan la petición de nulidad relativa del contrato celebrado (art. 1058, del C. de Co.), sino luego de expirado dicho período (...) (CSJ SC de 3 may. 2000, rad. n.º 5360)”.

Con fundamento en lo anterior, si la celebración del convenio aparece registrado en el plenario con fecha 18 de junio de 2015, es claro que para el 18 de junio de 2020, si no se alegó la reticencia como causal de nulidad relativa, ese defecto era saneado por el efecto del tiempo.

Sin embargo, tal conclusión resulta apresurada y carente de dos particularidades que impiden la materialización de ese evento, por lo menos en esa última fecha:

3.1. La suspensión de los términos prescriptivos que consagró el decreto 564 de 2020 mediante el cual se indicó que:

“Los términos de prescripción y de caducidad previstos en cualquier norma sustancial o procesal para ejercer derechos, acciones, medios de control o presentar demandas ante la Rama Judicial o ante los tribunales arbitrales, sean de días, meses o años, se encuentran suspendidos desde el 16 de marzo de 2020 hasta el día que el Consejo Superior de la Judicatura disponga la reanudación de los términos judiciales.

El conteo de los términos de prescripción y caducidad se reanudará a partir del día hábil siguiente a la fecha en que cese la suspensión de términos judiciales ordenada por el Consejo Superior de la Judicatura. No obstante, cuando al decretarse la suspensión de términos por dicha Corporación, el plazo que restaba para interrumpir la prescripción o hacer inoperante la caducidad era inferior a treinta (30) días, el interesado tendrá un mes contado a partir del día siguiente al levantamiento de la suspensión, para realizar oportunamente la actuación correspondiente”.

Solamente con la expedición de los acuerdos N°. PSCJA20-11567 y PCSJA20-11581, se reanudaron los términos cuya contabilización se dio a partir del 1º de julio de 2020. Aspecto de gran relevancia si tenemos en cuenta lo perseguido en la acción y los efectos generados con su presentación.

Bajo esos antecedentes, si el 18 de junio de 2015 se suscribió el convenio, a partir del 19 de junio de 2020 podía el demandante alegar la prescripción extraordinaria extintiva de la nulidad relativa, pero para esa data y por efectos de la pandemia, los términos se encontraban suspendidos, lo que afectó al demandante en 15 días de marzo, los meses de abril y mayo, y 18 días de junio de 2020, es decir, un total de 3 meses y 3 días que deben ser sumados a la fecha en que se reanudó el plazo, esto es 1º de julio de 2020. Siendo así las cosas, el fenómeno prescriptivo acaecía el 19 de octubre de esa anualidad.

3.2. Sin embargo, la nulidad relativa solo vino a ser propuesta hasta el 17 de diciembre de 2020, es decir, cuando ya había fenecido el término que concedía la norma a la compañía aseguradora para alegar las falencias que se hubieren presentado en el origen del convenio; nótese que la acción emprendida por la compañía para poner en evidencia la pregonada nulidad, solo se realizó en esa fecha, cuando el fenómeno prescriptivo ya había ocurrido.

Recapitulando, el reconocimiento de la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro no era factible, habida cuenta que la prescripción extintiva de esa irregularidad operó, y por tanto fue saneada.

En ese contexto, aquellas excepciones de mérito cuyos fundamentos se hicieron consistir en la inexactitud de la información, tales como *“ausencia de cobertura: los hechos que fundamentan el reclamo (...) son preexistentes a la entrada en vigencia de las póliza objeto de la controversia”, “La póliza vida grupo 2005654 certificado 722 no cubre la incertidumbre subjetiva del señor (...) en torno a su estado de salud previo a la celebración del referido contrato”, “inexigibilidad de obligación indemnizatoria frente a Metlife”, “nulidad relativa del contrato de seguro: por reticencia, ausencia de nexo de causalidad entre siniestro y reticencia, no es obligación de la compañía inspeccionar y verificar de forma previa el verdadero*

estado de riesgo, la declaración del asegurado debe corresponder a la verdad”, “en virtud de la nulidad relativa del contrato, la aseguradora se encuentra facultada para retener los valores de la prima con ocasión a la inexactitud de la información suministrada por el asegurado”, “no procedencia de la compensación del dolo del asegurado con la culpa de Metlife”, “reducción de la prestación del asegurador en el evento en que la reticencia halle su origen en un error de la tomadora o aseguradora”, resultan improcedente su análisis, toda vez que diluido su fundamento esencial, resultaría inocuo realizar su estudio.

Y es que pese a la reticencia del demandante al momento de realizar su declaración de asegurabilidad, lo cierto es que hoy resulta infranqueable la consolidación del convenio, pues el término que transcurrió desde junio de 2015 a diciembre de 2020, data en la cual se alegó la nulidad relativa, saneó cualquier irregularidad que se haya originado en la elaboración de la póliza. De igual forma, dentro del plenario no se acreditó el inicio de alguna acción judicial por parte de la aseguradora tendiente a interrumpir el término prescriptivo aquí acaecido o la presentación de solicitud de conciliación que ampliara los términos para alegar esa figura.

4. No obstante, subyace una causa de exclusión que impide la satisfacción de las pretensiones, tal como pasa a explicarse.

Si bien existen situaciones que eximen de cancelar la indemnización que el legislador le obliga cancelar a la aseguradora, a saber: a) cuando “...el siniestro se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador” (inciso 2º artículo 1073 del C. Co.); b) cuando omite declarar los seguros coexistentes (artículo 1076); c) cuando el asegurado o beneficiario de mala fe presenta la reclamación (artículo 1078); d) cuando se declara la nulidad relativa del contrato por reticencia o inexactitud por parte del tomador o asegurado sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo (art. 1058); e) cuando se produce la terminación del contrato por falta de notificación de los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local (art. 1060); f) cuando se produce la terminación automática del contrato por mora en el pago de la prima (art. 1068 modificado por el art. 82 Ley 45 de 1990); y, g) cuando se produce la revocación unilateral del contrato (art. 1071).”, bajo una convención contractual, existen escenarios que eximen de pago a la aseguradora en razón a la configuración de una situación especial, como lo alegada en el dossier, es este caso, una preexistencia que incide notoriamente en la pérdida de capacidad laboral del demandante.

En efecto, dentro de las condiciones que Metlife impuso se tiene que:

Abrir con ▾

Póliza de Seguro de Vida Grupo
Código: 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON BASE EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CELEBRADO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL CUAL OTORGARÁ LAS COBERTURAS CONTRATADAS QUE SE IDENTIFICAN EN LA CARÁTULA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL:

- 1. AMPARO BÁSICO**
 - 1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA**
- 2. AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES**
 - 2.1. MUERTE ACCIDENTAL**
 - 2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**
 - 2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD-**

Sin embargo, a renglón seguido expuso que como factor excluyente de esos amparos se encuentra aquella relativa a las preexistencias, sean o no informadas a la aseguradora, como es el caso de las falencias auditivas que se plasmaron en los dictámenes, en especial aquel que se consignó en el elaborado por UT Servisalud San José cuyo total se calculó en 36,75%⁴, e incluso la hipoacusia que padece desde el año 2009, según se extrajo de la historia clínica del paciente (ver folios 74, 83, 84, 92, 94, 102 y 110 archivo pdf “28anexos”),

3.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

ESTE SEGURO BAJO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS NO CUBRE LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.1.1. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA; LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS. PARA LOS AMPAROS BÁSICO DE MUERTE Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO PERIODO EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA LOS AMPAROS BÁSICO Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3.1.2. EL SUICIDIO O SU TENTATIVA, LESIONES INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO TÉRMINO EL SUICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.1.3. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE

LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

3.1.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

3.1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.1.6. ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

3.2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS EXCEPTO AL BÁSICO Y AL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD, FRACTURAS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES Y QUEMADURAS DE SEGUNDO Y/O TERCER GRADO NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.2.1. PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTOS,

En ese sentido, nótese que como exclusión se tienen, aquellas enfermedades preexistentes y para el caso en particular, esa patología consolida casi el 50% del total de la incapacidad declarada, 71,9%, por lo que no es irrelevante el nexo entre la exclusión y la patología que con antelación le había sido diagnosticada, lo que conlleva a concluir la prosperidad de la excepción de mérito relativa a la exclusión expresa contenida en el numeral 3.1.3. de la póliza de seguro de vida grupo.

5. Conforme a lo expuesto, se revocará el numeral 1º de la sentencia de primera instancia, para en su lugar declarar probada la excepción relativa a la exclusión y se negarán las pretensiones, pero por las razones aquí expuestas.

Por lo expuesto, el Juzgado Cuarenta y Nueve Civil del Circuito de Bogotá,

RESUELVE:

PRIMERO: REVOCAR el numeral 1º de la sentencia adiada 11 de octubre de 2022 proferida por el Juzgado Quinto Civil Municipal de Bogotá, para en su lugar declarar la prosperidad de la excepción relativa a la exclusión propuesta por la demandada.

SEGUNDO: No condenar en costas por no aparecer causadas.

⁴ Folio 67, archivo “03EscritoDemanda”.

TERCEO: DEVOLVER las diligencias al Juzgado 5 Civil Municipal de Oralidad de la Ciudad.

Notifíquese,

El Juez,



HERMAN TRUJILLO GARCIA

JUZGADO CUARENTA Y NUEVE CIVIL DEL CIRCUITO

Secretaría

Notificación por Estado

La providencia anterior se notificó por anotación en estado
N° 153, fijado

Hoy 4 de octubre de 2023 a la hora de las 8.00
A.M.

MARGARITA ROSA OYOLA GARCIA
Secretaria