



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

RADICACIÓN: 08001405300820220013001

REFERENCIA: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: NORIS RADA PAEZ

DEMANDADO: FINANZAUTO S.A. Y OTRO

ASUNTO: APELACIÓN DE SENTENCIA.

Barranquilla, treinta (30) de junio de dos mil veintitrés (2023)

1. ASUNTO

Procede el Despacho a resolver el recurso de apelación de sentencia impetrada por la parte demandante contra la sentencia emitida por el JUZGADO OCTAVO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA, calendada 15 de marzo de 2023, dentro del proceso verbal NORIS RADA PAEZ contra FINANZAUTO S.A. y COMPAÑÍA DE SEGUROS PANAMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

2. ANTECEDENTES

La demanda fue repartida por la Oficina Judicial y correspondió al Juzgado Octavo Civil Municipal, admitiéndose el día 25 de febrero de 2022, integrada la litis el extremo pasivo de la litis FINANZAUTO S.A., denominadas inexistencia del incumplimiento, falta de legitimación por pasiva, cobro de los no debido y abuso del derecho, enriquecimiento sin causa, excepción genérica y inexactitudes e imprecisiones y falta de fundamento legal y fáctico atribuida al juramento estimatorio del demandante.

PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A. presentó las excepciones de mérito denominadas: la póliza No. PCG - 01838 es nula por la reticencia e inexistencia en la que incurrió la señora NORIS RADA PAEZ, ausencia de cobertura de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. PCG- 01838, como quiera que en la fecha de estructuración de la invalidez se ubica por fuera de la cobertura otorgada por la aseguradora, la cobertura por la póliza se circunscribe a los términos de su clausulado, falta de legitimación en la causa por activa reclamar el saldo insoluto de la deuda adquirida por la demandante, falta de legitimación de PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A. en el reembolso de los cuotas pagados a FINANZAUTO S. A. por el crédito del vehículo, no hay lugar el reconocimiento de intereses.

Cumplido el término de traslado de las excepciones y el probatorio, se da traslado a las partes para alegar de conclusión, haciendo uso de él ambas partes.

Se definió la primera instancia el 15 de marzo de 2023.

Mediante auto adiado 28 de abril de 2023 se avocó el conocimiento del presente proceso. Tramitado el proceso en forma legal y no existiendo causal de nulidad que invalide lo actuado,



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

3. SENTENCIA APELADA

El Juzgado Octavo Civil Municipal de Barranquilla emitió sentencia adiada 15 de marzo de 2023 que definió la primera instancia determinó:

1. Declarar probada la excepción de ausencia de cobertura de la póliza, por las razones anteriormente señaladas.
2. Negar las pretensiones de la demanda.
3. Sin costas con base en lo expuesto.

La razón de la decisión se funda en un breve estudio de los supuestos normativos del artículo 1602 del Código Civil y las normas del contrato de seguro previsto en el Art. 1045 y 1054 del C. de Co.

El juzgador de primer grado dilucidó sobre el fundamento normativo y valoró las pruebas incorporadas y practicadas.

Por su parte la cobertura de un seguro es el compromiso asumido por el asegurador de pagar una indemnización al asegurado o a sus beneficiarios con el objetivo de reparar las consecuencias de un siniestro.

La excepción de ausencia de cobertura por parte de la aseguradora demandada fue planteada indicado que una condena en su contra resultaría improcedente teniendo en cuenta en la fecha de estructuración de la invalidez que le fue determinada a la señora NORIS RADA PAEZ fue el 1 de julio de 2018 y se ubica por fuera de la vigencia de la póliza expedida la cual inició en julio del año 2019.

Al respecto es preciso analizar los documentos probatorios con que se cuenta en el proceso y tenemos la póliza de seguros, en su anexo se habla de la renovación de condiciones particulares seguro de vida grupo póliza PSG- 010838 tomador FINANZAUTO y tiene una vigencia del 1 de abril de 2019 con vigencia a la cero horas hasta el 31 de marzo de 2020 a las 24 horas.

Allí en el numeral 1.2 establece la incapacidad total y remanente que es el riesgo se manifiesta la parte demandante se realizó y por el cual el beneficiario persigue contemplada la póliza indemnización, se pagará al beneficiario oneroso del seguro, siempre y cuando existe una deuda, obligación del desembolsado por FINANZAUTO y del remanente a nombre del asegurado o a sus beneficiarios designado por el deudor. La suma asegurada expresamente indicada en el clausulado.

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



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

Para que se dé el riesgo de incapacidad total permanente debe darse la estructuración de esa incapacidad total permanente dentro de la vigencia de la póliza y debe ser calificada superior al cincuenta por ciento.

El formulario de calificación de invalidez presentado con la demanda respecto a la demandante la señora DORIS RADA aquí se fija como fecha de estructuración de la invalidez el 1 de julio de 2018, esta calificación de invalidez fue suscrita por el Dr. WILIAM DE RIOS SALAZAR Y ALEX RAMÍREZ.

El a quo concluyó que la calificación de la demandante por fuera de la vigencia de la póliza, la cual operaba entre el 1 de abril de 2019 al 31 de marzo de 2020. Por lo tanto, el siniestro se dio por fuera de los términos del amparo, pese a que la notificación la calificación se suerte durante la vigencia del contrato, de conformidad con los motivos de la providencia

En el asunto bajo estudio, el riesgo reclamado no era un suceso incierto se había materializado al inicio de la vigencia de la póliza, porque la fecha de invalidez fue anterior a la suscripción de la póliza.

4. ARGUMENTO DEL RECURRENTE.

El demandante presentó los breves reparos contra la sentencia y la sustentación del recurso de apelación contra la sentencia, en los siguientes términos:

a. Indebida valoración del material Probatorio recaudado en el proceso.
Considera que el juzgador realiza una indebida valoración del material probatoria anexo a la foliatura, por una parte, realiza valoraciones indebidas y en otra medida deja de valorar pruebas, generando en ese sentido un defecto fáctico en la sentencia objeto de reproche.

El despacho al momento de argumentar la sentencia afirma que se encuentra probado en la foliatura que el riesgo no se encontraba cubierto como quiera que la fecha de estructuración del dictamen de la pérdida de capacidad laboral es anterior a la fecha en que se contrato el seguro de deudores.

Luego de analizar los artículos precedentes, cita el contrato de seguros **“se le estructura durante la vigencia una incapacidad total permanente, entendiéndose por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido estructurada durante la vigencia del seguro”** razón por la cual **declara probada la excepción Ausencia de cobertura de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. PCG-01838, como quiera que la fecha de estructuración de la invalidez se ubica por fuera de la cobertura otorgada por la aseguradora**

Estima que el A quo no tuvo en cuenta los argumentos esgrimidos por el apoderado en cuanto a que la demandante desconocía el dictamen de la pérdida de capacidad laboral al momento de al suscripción del contrato de seguros y al momento de declarar el estado del riesgo.

Arguye que el conocimiento para la demandante nace con la notificación del dictamen de la pérdida de la capacidad laboral, lo que se encuentra plenamente demostrado en la foliatura con la prueba de la notificación del dictamen antes



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

indicado, notificado el doce (12) junio del año 2020, FECHA DE NOTIFICACIÓN DEL DICTAMEN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, es decir, 1 años después de haber suscrito el contrato de seguro, el cual fuera suscrito el día veinte y uno (21) julio del año 2019.

La demandante acreditó que comenzó su evaluación de pérdida de capacidad laboral es en el año 2020, por lo cual la UTNORTE DEL NORTE – REGIÓN NORTE emite dictamen de fecha 28 mayo 2020, y este fue notificado el 12 junio del año 2020. Y la fecha en la cual se contrató el seguro de deudores fue día **21 julio 2019**, lo anterior significa que mi poderdante en ese momento no tenía conocimiento de la pérdida de capacidad laboral. Significa esto que el riesgo era incierto. No como lo afirmar el A quo “que este era cierto” teniendo en cuenta solo la fecha de estructuración del dictamen, pero no analizando a profundidad el proceso de calificación, cuando aún mi poderdante no se había iniciado la calificación y el dictamen no se había notificado (12 junio de 2020)

Estima que se torna importante y relevante en esta litis traer a colación la figura de la “RETICENCIA”, la cual fuera presentada como excepción principal por la apoderada de la compañía de seguros, afirmando que “**pese a que firmó con su puño y letra la declaración de asegurabilidad**”, NO es cierto, mi poderdante no diligencio la declaración de asegurabilidad, pero esta fue diligenciada por el asesor.

Afirmó que el asesor nunca preguntó o informó sobre el particular, aún más grave a a la demandante no le explicaron **Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas), el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías**, lo que es tanto como afirmar que dentro del proceso se encontró plenamente demostrada la MALA FE de la demandante al momento de suscribir el seguro, su actitud consiente y determinada a engañar a la compañía de seguros y en ese sentido obtener los beneficios de la indemnización, situación que es totalmente alejada de la realidad. Verificar si este hecho fue descrito en la demanda.

La CORTE CONSTITUCIONAL ha hecho grandes CAMBIOS JURISPRUDENCIAL sobre la temática, en este la jurisprudencia actual y los requisitos necesarios para que opere la RETICIENCIA en materia de contrato de seguros, que la jurisprudencia actual nos permite hablar del tema y cita la Sentencia T-61, FEB. 18/20 (M. P. ALBERTO ROJAS RÍOS).

De acuerdo a la jurisprudencia citada y reciente, que trata la temática, es falso que la compañía aseguradora **PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA**. hubiese demostrado en el transcurso del proceso lo antes señalado, que no se encuentra probado dentro del proceso: i) La mala fe de la señora NORIS RADA, que esta hubiera actuado de forma dolosa al momento de suscribir el seguro. Ii) La compañía aseguradora no desplegó todas las actuaciones pertinentes para



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, nunca verificó la información brindada por la señora NORIS RADA. Iii) No existe prueba en la foliatura que demuestre un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.

En este sentido, la existencia de la RETICENCIA, NO existe ningún elemento probatorio que apunte a generar la veracidad de esta afirmación, ni mucho menos la convicción sobre ella. Sentencia T-094-2019 Y T- 027-2019 del 30 de enero de 2019.

En este sentido debemos afirmar que la compañía aseguradora no logró establecer los requisitos necesarios para probar la RETICENCIA, que de esa manera existe una indebida valoración del material probatorio recaudado en el proceso, defecto fáctico, asignando el juzgador un valor probatorio a la historia clínica, a los interrogatorios y a las pruebas documentales un valor probatorio que no tienen, llegando así a conclusiones erróneas y que discrepan de la realidad material y sustancial en el proceso.

b. Desconocimiento de la fuerza vinculante de la jurisprudencia. Se afirmó por parte del recurrente que existe una amplia línea jurisprudencial de carácter vinculante sobre el tema objeto de debate, la autoridad judicial que se aparte de contenido, debe acreditar argumentación sólida y concreta, aspecto que a juicio del recurrente el a quo omite. Citó enunciados respecto de la limitaciones de la discrecionalidad judicial, esta tiene como criterio de sustento la razonabilidad, la cual utiliza el juez para manifestar su decisión reflejando a través de la motivación su raciocinio y la argumentación del resultado, que a través de esta discrecionalidad el juez no se encuentra atado, pero en ese sentido su límite es la motivación a través del raciocinio, sin que el juez de instancia haya cumplido con dicha carga argumentativa.

Acota que en la declaración de asegurabilidad existe una casilla denominada otras enfermedades, en la cual la accionante debió colocar o avisar de las enfermedades que esta tenía para la época, razón por la cual se estima que la demandante actuó de MALA FE.

Si bien es cierto que dentro de las declaraciones de asegurabilidad existe la casilla mencionada por la apoderada de la compañía de seguros, No es menos cierto y quedó demostrado con el interrogatorio de mi poderdante que a ella no le informaron que debía brindar esta información. La única información que le brindo el asesor fue que firmara y colocara la huella, en suma no se le informó sobre: 1. Condiciones del contrato de seguro. 2. Amparos. 3. Exclusiones.

Enunciado que deriva de la valoración del interrogatorio de parte absuelto por la representante legal de la COMPAÑÍA DE SEGUROS y el representante legal de FINAZAUTO.



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

En consecuencia estima es preciso dar aplicación al **ARTÍCULO 37. Del ESTATUTO DEL CONSUMIDOR CONDICIONES NEGOCIALES GENERALES Y DE LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN.** Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.
2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.
3. En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, **explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.** *(negrillas y subrayado fuera del texto original).*

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo *(negrillas y subrayado fuera del texto original).*

El presente caso reúne los requisitos establecidos por la norma, como quiera que a mi poderdante no le informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales además señor juez no le explicaron (**Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas**), (**el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías**), por lo cual debe usted declarar ineficaces y tener por no escritas las condiciones generales de los contratos.

Además del incumplimiento de la: **CIRCULAR EXTERNA 50 DE 2015 EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA:**

Su estructura está basada en tres pilares fundamentales: el deber de información de las aseguradoras respecto al consumidor, la capacidad técnica y profesional de las personas que promocionan el seguro y la creación del SUCIS (Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros). ***Deber de información:***

Se cita el contenido de la **SENTENCIA T-023 DE 2023** con el objeto de rememorar la diligencia de la aseguradora al momento de suscribir el contrato. La aseguradora debe demostrar que desplegó “todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado”^[254] y que, por lo tanto, no conocía ni ha debido conocer la información omitida. La Corte



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

Constitucional ha precisado que la obligación de las aseguradoras de verificar el estado de salud es de medio, no de resultado. En tales términos, ha considerado cumplido este deber, cuando las aseguradoras (i) elaboran una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud^[255]; (ii) solicitan la autorización a la historia clínica y realizan una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales; o (iii) realizan los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado^[256].

Lo que se encuentra probado en la foliatura es que la compañía de seguros demandada no cumplió con las obligaciones que le ha impuesto la Corte Constitucional, pues la entidad aseguradora está en la obligación de tomar las medidas que considere conducentes para comprobar la información suministrada, la cual debe considerarse cierta en virtud del principio de buena fe, evitando en todo caso, las interpretaciones arbitrarias respecto del contenido del contrato y de los hechos.

Además cita como referencia la SC3791-2021 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DE 2021. Asimismo citó la sentencia emanada por el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA, SALA SEPTIMA DE DECISION CIVIL - FAMILIA, despacho de la honorable Magistrada Sustanciadora: VIVIAN VICTORIA SALTARIN JIMENEZ, Radicación: 43.307 (08-001-31-53-001-2020-00089-01 de fecha junio ocho (8) del año Dos Mil Veintidós (2022), y publicada mediante estado de fecha 9 junio del año 2022.

“la aseguradora demandada debía acreditar en el proceso, que la información ocultada era de tal relevancia, que de haberla conocido, no hubiera expedido las aludidas pólizas de seguro, o hubiera exigido a la demandante el cumplimiento de otras condiciones que le ofrecieran mayor garantía y por ende que fueran más onerosas para la accionante, lo que no demostró.” *negritas y subrayados fuera del texto origina (...)* *“Respecto de tal omisión probatoria, parecer pensar la apoderada de la aseguradora recurrente, que la ubérrima buena fe en materia de seguros sólo es exigible al interesado en adquirirlos y no a la compañía de seguros, lo cual es un desacierto, pues así como se exige al interesado declarar fiel y honestamente su real estado de asegurabilidad, no bastando el simple cumplimiento de formalismos, en el mismo sentido se exige a la compañía de seguros, como profesional especializado y ostentador de la posición dominante en este tipo de convenios, actuar con la misma buena fe; lo que a no dudarlo se traduce, en que al momento de alegar la nulidad, deba demostrar, por cualquiera de los medios probatorios admisibles por nuestra legislación, la trascendencia e importancia que para la compañía representaba la información ocultada o falseada, según sea el caso; de manera que así como no escatimó esfuerzo en probar la reticencia y la mala fe de la demandante, la labor probatoria debía ser igualmente productiva en lo que respecta a revelar la importancia y trascendencia que para esa empresa tenía la información ocultada para efectos de decidir si expedía o no las pólizas contratadas, o si las expedía previo el lleno de otras condiciones o requisitos que, en términos de equilibrio contractual, garantizara la conmutatividad del contrato; acreditando a través de alguno o algunos de los medios probatorios disponibles, que la circunstancia de padecer la demandante las patologías mencionadas*



Consejo Superior de la Judicatura

Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA

comportaba un factor decisivo para ella suscribir los contratos de seguros de marras, o, para hacerlo en otras condiciones, por ejemplo, que a otros clientes suyos, personas hipertensas o con padecimientos de ansiedad, en rangos de edad y condiciones socioeconómicas y laborales similares a las de la demandante, se había asumido un comportamiento contractual diferente, bien absteniéndose de contratar el seguro, o estableciendo una prima más alta; pero frente a tal aspecto, encontramos una completa orfandad probatoria.” *negrillas y subrayados fuera del texto original*

Volviendo al acervo probatorio, el Aquo no tuvo en cuenta la carga de la prueba contemplada en el **Código General del Proceso Artículo 167:**“Carga de la prueba Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”

Comoquiera que los demandados no aportaron una sola prueba al proceso en el cual probaran sus excepciones, y que PRESEUNTAMENTE mi poderdante actuado de MALA FE como lo pretende el demandado, olvidándose que la mala fe de ser demostrada, requisito que no han cumplido.

No entendemos cómo puede haber MALA FE si mi cliente simplemente diligencia los formatos que le ordeno el asesor, en la forma que este le ordeno, con la sugerencia “marca no con una x en todas y cada una preguntas para que no te vallan a negar el crédito”, mi cliente en **BUENA FE** y sin sabes las implicaciones que tienen esta lo realiza.

El Aquo NO tuvo en cuenta el precedente vertical de su superior en el sentido que el juez PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA en el proceso radicado: 2020-00089, partes DEMANDANTE: NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. BANCO BBVA COLOMBIA S.A., RESOLVIO este asunto así:

“(…)

la Corte Constitucional al analizar casos similares al que nos ocupa ha indicado que las aseguradoras deben ser diligentes en el momento de la suscripción de la póliza y realizar exámenes médicos o exigir unos recientes para verificar el verdadero estado de salud del asegurado y tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles preexistencias, de tal manera que "la reticencia como figura que



sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora (...)".

Como se advirtió en el desarrollo de la anterior excepción, el demandado BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., no realizó los exámenes médicos a la demandante al momento de la suscripción de la póliza, siendo éste un elemento esencial para efectos de determinar la aplicación o no de la reticencia, pues, como ya se dijo, corresponde a la aseguradora la carga de demostrar los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. De conformidad con lo expuesto anteriormente, se concluye que la excepción no está llamada a prosperar.

Su petición consiste en revocar la sentencia de fecha 13 de abril del año 2023, “declara Ausencia de cobertura de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. PCG-01838, como quiera que la fecha de estructuración de la invalidez se ubica por fuera de la cobertura otorgada por la aseguradora, absuelve a los demandados.

5. ARGUMENTOS DE LOS SUJETOS PROCESALES NO RECURRENTES.

- Se solicitó negar el recurso presentado y por ende mantener en un todo la sentencia proferida y absolver a FINANZAUTO S.A. BIC. de cualquier responsabilidad en este asunto, por tener injerencia en el incumplimiento reclamado del contrato de seguro.
- PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., Se encuentra plenamente acreditado que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. PCG-01838, no otorgó cobertura para el evento objeto de reclamo, al haberse configurado por fuera de la vigencia otorgada. Sobre el particular, tal y como acertadamente interpretó el juzgador de primera instancia, las disposiciones normativas que regulan el contrato de seguro establecen que, el asegurador asume un riesgo que es transferido por el tomador/asegurado, a cambio del pago de una prima, a fin de que, en el evento de que ese riesgo se materialice en vigencia de ese vínculo contractual, el (artículo 1602 del Código Civil), sólo le podría asistir responsabilidad a PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. en el evento en que, de conformidad con lo pactado en el contrato de seguro, nos



encontremos frente a uno de aquellos riesgos amparados por la Póliza por ella expedida.

Así las cosas, tal y como se observa dentro de la documental aportada por la demandante, en el documento denominado “solicitud – certificado individual de seguro”, el cual firmó la señora NORIS RADA PAEZ, tal y como lo confiesa en el hecho 6 de su escrito de demanda, los amparos que otorga la póliza son (i) muerte natural o accidentes y (ii) incapacidad total y permanente estructurada durante la vigencia:

De conformidad con las condiciones aplicables a la referida póliza, aportadas por la misma demandante, para el amparo que aquí se pretende afectar, esto es, incapacidad total y permanente, se evidencia que en la Sección 1, relativa a los amparos, en el numeral 1.2, relativo al amparo que aquí se pretende afectar, se indica:

1.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se pagará al beneficiario oneroso del seguro, siempre y cuando exista un saldo insoluto en la deuda del crédito desembolsado por FINANZAUTO y el remanente a nombre del asegurado o a los beneficiarios designados por el DEUDOR, la suma asegurada expresamente indicada en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares si como consecuencia de un accidente o enfermedad la persona asegurada bajo este seguro se le estructura durante la vigencia una incapacidad total permanente, entendiéndose por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido estructurada durante la vigencia del seguro, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales, la inhabilitación funcional total y definitiva de cualquier órgano o miembro lesionado que de por vida impidan a la persona desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado en razón de su educación, entrenamiento o experiencia, la incapacidad será total y permanente cuando la misma sea igual o superior al 50% de pérdida de capacidad laboral de conformidad con el dictamen de la respectiva ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente tomando como base para la determinación de la pérdida el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente en Colombia, o su equivalencia para los regímenes especiales.(...)

Para el reconocimiento de la Incapacidad Total Permanente, se tendrá como fecha base, la de la estructuración de la enfermedad o accidente que originó esta y en todos los casos será necesario presentar el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral debidamente ejecutoriado, con las condiciones enunciadas previamente.

Calle 40 No. 44-80. Edificio Centro Cívico, Piso 8.
Correo: ccto03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico.





En los regímenes especiales, para la determinación de una Incapacidad Total y Permanente se tendrá en cuenta el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que el régimen especial establezca como invalidez desde el punto de vista médico laboral, siempre y cuando el porcentaje haya sido establecido mediante dictamen proferido por la autoridad competente para el régimen específico. Cuando el dictamen de pérdida de capacidad laboral no señale la fecha de estructuración, se tendrá como fecha base la fecha del dictamen; sin embargo, no se reconocerán incapacidades totales y permanentes que sean consecuencia de un accidente preexistente al desembolso del crédito.

Así las cosas, atendiendo a la definición del amparo, encontramos que es necesario:

1. Que la fecha de estructuración de la invalidez se dé dentro de la vigencia de la póliza, porque esa fecha es la que constituye el siniestro y naturalmente, éste se debe dar dentro de la cobertura otorgada por la póliza.
2. Que el diagnóstico de la enfermedad genere una pérdida de capacidad igual o superior al 50%
3. Que esa pérdida de capacidad laboral sea calculada de conformidad con el Manual Único de Calificación de Invalidez o su equivalencia para los regímenes especiales.
4. Que, al momento de la reclamación, se aporte un dictamen de invalidez debidamente ejecutoriado emitido por la ARL, AFP, Junta de Calificación u Organismo Equivalente.

Pese a lo anterior, en el caso de la señora NORIS RADA PAEZ encontramos que no se cumplen las condiciones referidas y necesarias para que se afecte el amparo de Incapacidad Total y Permanente, toda vez que la fecha de estructuración de la invalidez NO se dio dentro de la vigencia de la póliza, pues según el dictamen aportado por la demandante, ésta corresponde al 01 de julio de 2018, y la vigencia del seguro es a partir de julio de 2019, es decir que la invalidez se estructuró con anterioridad al inicio de la póliza, y siendo la fecha de estructuración el siniestro, naturalmente el evento reclamado no tiene cobertura al haberse configurado por fuera del período de cobertura otorgado por la póliza expedida por mi representada.

Sin perjuicio de lo anterior, debo señalar en este momento que en todo y cualquier caso, la fecha de estructuración, técnica y legalmente, corresponde al momento en que la persona pierde un porcentaje de su capacidad laboral por las enfermedades que padece, fecha que se determina con fundamento en la evolución de las secuelas que ellas dejaron y que se encuentra soportada en la historia clínica, los exámenes



clínicos y de ayuda diagnóstica de la demandante, según lo ordena la norma y se indica en el dictamen cuyos efectos aquí se persiguen.

Ahora bien, si la demandante no estaba de acuerdo con la fecha de estructuración, debió ejercer los mecanismos de impugnación contemplados en el ordenamiento jurídico, y de hecho, dicha posibilidad se le informó cuando se le notificó el dictamen de calificación, documento que obra dentro del plenario y fue puesto en conocimiento de la demandante, y que además, se encuentra firmado por ella, en el que se indica “en caso discrepancia del presente dictamen proceder de acuerdo a lo dispuesto en el decreto ley 019/12 artículo 142... en caso de que el interesado no este de acuerdo con la calificación, deberá manifestar su inconformidad dentro de los 10 días siguientes y la entidad deberá remitirlo ante las juntas regionales de calificación de invalidez de orden regional”. No obstante, aquella guardó silencio, cobrando fuerza ejecutoria y quedando en firme dicha calificación.

Por lo anterior, es claro que la sentencia de primera instancia esta llamada a ser confirmada en su totalidad, pues el evento que dio origen a la reclamación y demanda formulada por la señora NORIS RADA PAEZ no se enmarcan dentro de la definición establecida en las Condiciones que rigen el contrato de seguro, y por tanto, no se encuentra cubierto por la póliza expedida por mi representada.

Despacho decidiera desechar la excepción anterior, en subsidio de lo anterior, respetuosamente solicito que se analicen y se declaren probadas por estar suficientemente acreditadas las siguientes excepciones, En el caso bajo estudio, se encuentra acreditado que la señora NORIS RADA, incurrió en un comportamiento reticente e inexacto al NO declarar honestamente, ni de manera completa sus antecedentes médicos al momento de suscribir la solicitud de seguro, información que, tal y como lo indicó la representante legal de PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA, de haber sido conocida por mi representada, le hubiese permitido prestar su consentimiento en otros términos o se habría retraído de celebrar el contrato.

2. Falta de legitimación en la causa por activa para reclamar el saldo insoluto de la deuda adquirida por la señora NORIS RADA PAEZ con FINANZAUTO.

3. No existe ninguna exigencia legal a las Aseguradoras de demostrar la existencia



de la mala fe, ni de un nexo de causalidad entre lo omitido y la causa del siniestro.

6. PROBLEMA JURÍDICO

¿Están dados los presupuestos jurídico fáctico para el reconocimiento de la reclamación de cobertura de una póliza de seguro de vida grupo deudores, cuando se argumentó la ausencia de cobertura, por estructuración del estado de invalidez total antes de la celebración del contrato de seguro?

¿Están dados los supuestos para revocar el fallo del a quo?

7. FUNDAMENTO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL.

- El artículo 1036 y ss. Art. 1058 del Código de Comercio.
- Sentencia Corte Constitucional T- 670- 2016, T- 302 – 2020, T- 412. 2020, T- 027 – 2019. T- 027 – 2022, entre otras.
- Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia del 24 de enero de 1994.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 30 de junio de 2011.
- Sentencia SC130-2018, radicación N° 11001-31-03-031-2002-01133-01, M.P. AROLDI WILSON QUIROZ MONSALVO
- Sentencia SC3791-2021, RAD. 20001-31-03-003-2009-00143-01 01/09/2021 M. S. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.

8. CONSIDERACIONES.

8.1. Compete al juez el ocuparse de la verificación de la estructuración de los presupuestos procesales porque en ellos estriba la validez jurídica de la relación jurídica procesal.

De acuerdo con la doctrina los presupuestos procesales, no son otros que la demanda en forma, la competencia del juez, la capacidad de las partes y la legitimación procesal o aptitud de las partes, bien por sí. Dichos presupuestos se reúnen a cabalidad en el plenario.

Significa lo anterior que, en presencia de algún defecto de los tales presupuestos, se impone o bien un mero despacho formal o bien, la anulación de la actuación.



De conformidad con lo dispuesto por el artículo 328 del C. G. P. el juzgador de segunda instancia “deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante”, que son aquellos sobre los cuales debió versar la sustentación de la alzada realizada ante el superior, delimitados por los reparos concretos formulados al momento de interponer el recurso (art. 322 ibídem); el debate, entonces, queda restringido al temario planteado al recurrir.

8.2 TESIS. Se confirmará la sentencia impugnada, puesto que si el objetivo medular del recurso es que el pago del seguro de vida deudores, dada la Apelación ocurrencia del siniestro -muerte del asegurado Norberto Amado Gaona-, se haga a favor de la accionante, la confirmación se impone porque las pruebas dan cuenta de la COMPAÑÍA DE SEGUROS PANAMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS obró de conformidad del contenido de la póliza. Las premisas en mención tienen soporte en los siguientes enunciados:

8.3 El contrato de seguros es una figura jurídica que se encuentra regulada a través del título V del código de comercio. No obstante, su concepción ha sido expandida de manera significativa a través de jurisprudencia y por numerosos doctinantes.

El artículo 1036 del Código de Comercio, establece la definición de un contrato de seguro: *“El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva...”*

Aunque el decreto mediante el cual se expide el Código de Comercio, solo estipula como parte del contrato de seguro al tomador y el beneficiario, en la realidad, se puede apreciar aún más intervinientes que estos dos.

El tomador es la persona que contrata un seguro y firma la póliza; el beneficiario es aquel que tiene el derecho a recibir la cobertura de la empresa aseguradora.

También se puede observar como sujetos intervinientes del contrato, el asegurado, el cual es la persona o el bien sobre el cual recae el riesgo que ampara el seguro.

El asegurador también es una parte importante de todo contrato de seguro, ya que es quien se ve obligado a amparar el riesgo que se establece como cobertura dentro de la póliza.

El método principal para probar todo contrato de seguro es mediante la póliza, ya que el documento que contiene el contrato de seguro, valga la redundancia, donde



se establece las obligaciones y derechos de las partes o sujetos pertenecientes al mismo, aunque se admiten otros medios probatorios para probar su existencia.

Los beneficiarios pueden exigir a la empresa aseguradora la entrega del valor asegurado contemplado dentro de la póliza, haciendo uso de la acción que emana de la póliza correspondiente, la cual cuenta con un tiempo establecido para ser interpuesto.

8.2 Los contratos de seguro de vida grupo deudores, son abordados por la sentencia T - 027 de 2022, 1/02/2022 M. S. ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO, Corte Constitucional, de la siguiente manera:

“En términos generales, los contratos de seguros tienen por objeto la protección de intereses particulares contra pérdidas provenientes de imprevistos. La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha definido este tipo de contratos como aquellos en los que “una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ‘prima’, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al ‘asegurado’ los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta”¹.

1. *En el caso de los contratos de seguro de grupo o colectivos, la compañía aseguradora se compromete a responder ante un siniestro que ocurra a cualquiera de un número plural de personas vinculadas contractualmente con ella. Dentro de este tipo de contratos, los denominados seguros de vida grupo deudores se caracterizan porque (i) aunque su celebración no es obligatoria para el otorgamiento de un crédito, usualmente es requerida por las instituciones financieras para obtener una garantía adicional de carácter personal; (ii) por lo general, el asegurado (el deudor) se adhiere a las condiciones que propone el acreedor (la aseguradora), que, en todo caso, debe garantizar la debida*

información en torno a las condiciones acordadas; (iii) el riesgo asegurado es la muerte o la incapacidad permanente del asegurado; (iv) el interés asegurable relevante está en cabeza del asegurado, aunque al acreedor también le asista un interés eventual e indirecto en el seguro, y (v) el valor asegurado es acordado por el tomador del seguro (la entidad financiera) y el acreedor, con la única limitación de que la indemnización a favor del tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda².

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia del 24 de enero de 1994, citada en la sentencia T-670 de 2016.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 30 de junio de 2011.



3. *En suma, se trata de una modalidad de contrato de seguro mediante la cual una entidad financiera adquiere una póliza de grupo, para que, a cambio de una prima, la compañía aseguradora cubra el riesgo de muerte o incapacidad de los deudores y, en caso de que se configure el siniestro, pague a la entidad financiera hasta el valor adeudado del crédito³. Cabe destacar que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, esta forma de aseguramiento “representa una garantía adicional de carácter personal, cuyo acogimiento depende de la aquiescencia del deudor y de las políticas sobre manejo de riesgo de las entidades financieras, todo, sin perjuicio de que el mismo obligado decida adquirir dicho amparo por iniciativa propia”⁴, ya que, en estos casos, el interés principal es el del asegurado y no el de la entidad crediticia...”*

8.3 ANÁLISIS DEL CASO EN CONCRETO.

La controversia contractual bajo análisis tiene como base un contrato de seguro de vida grupo, el cual estaba asociado a una obligación de crédito otorgada por una FINANZAUTO S. A. S. , donde esta última fungió como tomadora. La asegurada tenía la calidad de deudora respecto de la obligación financiera, pues la póliza fue adquirida como garantía adicional del producto crediticio.

El referido contrato Póliza No. PCG-01838, otorgó el amparo a la incapacidad total y permanente estructurada durante la vigencia de la póliza, esto es entre el 1 de abril de 2019 y el 31 de marzo de 2020, evento en el cual se reconocería el pago del valor asegurado.

Se procede a verificar el acaecimiento del siniestro, es decir, la contingencia reclamada denominada incapacidad total y permanente en la persona de NORIS RADA PAEZ, para el efecto fue adosado el Formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de la capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, suscrito por los galenos WILLIAN DE DIOS SALAZAR Y ALÉZ RAMÍREZ, cuya fecha de estructuración se remonta al día 1 de julio de 2018.

La fecha de estructuración indica la época determinada en la que se genera en el individuo la pérdida en su capacidad laboral en forma permanente o definitiva, data documentada en la historia clínica y de ayudas diagnósticas, la cual puede ser anterior a la fecha de calificación

³ Sentencia T-670 de 2016.

⁴ Citada en la Sentencia T-676 de 2016.



En efecto, la accionante soportó su reclamación. Sin embargo, la aseguradora demandada dejó por sentado que el contrato de seguro inició el 1 de julio de 2019 hasta el 31 de junio de 2020. Se itera que la fecha de estructuración de la incapacidad según el dictamen aportado fue el 1 de julio de 2018, es decir, antes de la celebración del contrato.

En los documentos asociados a la póliza en cuestión se estipuló: “Se pagará al beneficiario oneroso del seguro, siempre y cuando exista un saldo insoluto en la deuda del crédito desembolsado por FINANZAUTO y el remanente a nombre del asegurado o a los beneficiarios designados por el DEUDOR, la suma asegurada expresamente indicada en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares si como consecuencia de un accidente o enfermedad la persona asegurada bajo este seguro se le estructura durante la vigencia una incapacidad total permanente...”.

Las aseguradoras limitan temporalmente la cobertura de la Póliza, estableciendo que únicamente van a responder, si la demanda o reclamo se inicia durante la vigencia de la Póliza, o durante un corto período de tiempo posterior a su vigencia.

Según el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, las cláusulas de limitación temporal pueden ser de las siguientes modalidades:

- Aquéllas cuya cobertura está condicionada a que el hecho dañoso y la reclamación de la víctima se produzca dentro de la vigencia del contrato.
- Aquéllas cuya cobertura está condicionada a que el hecho dañoso se produzca dentro de la vigencia del contrato y la reclamación de la víctima dentro de la vigencia del contrato o en el término estipulado en éste, el cual no será inferior a dos años.
- Aquéllas cuya cobertura está condicionada a que la reclamación se realice dentro de la vigencia del contrato, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Luego, definido ese aspecto, entonces se parte de las siguientes consideraciones generales referentes al contrato de seguro, es plausible la limitación temporal del riesgo asegurado.

Teniendo en cuenta que la redacción de la Póliza debe establecer cuáles son las conductas, acciones u omisiones que se convierten en el “riesgo asegurado” (artículo 1047 numeral 9º del Código de Comercio), puesto que la compañía de seguros

Calle 40 No. 44-80. Edificio Centro Cívico, Piso 8.
Correo: ccto03ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla – Atlántico.





voluntariamente ha dado su consentimiento de asumir y ampararlos y la modalidad en que las cuales ha de retribuir al asegurado o beneficiario según el caso las pérdidas o menoscabos patrimoniales correspondiente, existen dos mecanismos redaccionales para explicitar esa voluntad de la aseguradora.

En ese orden de ideas, el riesgo asegurado en una póliza, pues ello no depende del acaecimiento de la contingencia del mundo moderno, sino que se expida el consentimiento expreso de la aseguradora de amparar uno o más de ellos.

Por ello, en ese clausulado, en la redacción de cada póliza se especifica una serie de condicionamientos, enunciaciones y definiciones que de forma positiva o negativa van delimitando cuáles son los eventos futuros e inciertos que se quieren amparar, determinando las condiciones de tiempo, modo y lugar, lo que concluye en un marco general que puede incluir varios eventos amparados.

Empero, de acuerdo a las circunstancias de este litigio debe aceptarse y partirse para resolver lo pertinente del supuesto que en el aparte correspondiente a la asunción del riesgo describieron las contingencias cubiertas, pues en esta última se establecieron, al definir el “riesgo asegurado”, unas restricciones y condicionamientos, durante la vigencia del contrato.

No ha se alegado que los Documentos y estipulaciones de la póliza en su texto contengan algún tipo de expresión gramatical que pueda considerarse “ambigua” o “confusa” que haga necesario que la administradora de justicia entre a interpretarlos para definir el contenido y alcance, por lo que debe admitirse en que sus redacciones son muy claras y precisas al condicionar el amparo de la aseguradora a unas circunstancia de hecho y derecho diferentes a las que acontecieron en los eventos cuyo pago asumió COMPAÑÍA DE SEGUROS PANAMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Se recibieron los interrogatorio de las parte siendo relevante la aceptación de la demandante que desde a la fecha de la celebración del contrato de seguro, en junio de 2019, ya presentaba síntomas de varias patologías, aceptando de forma expresa la deficiencia auditiva y la psicológicas sin precisar fecha de inicio de medicación .

La declaración de la representante legal de la sociedad FINANZAUTO S, A. quien manifestó no estuvo presente en la suscripción del contrato de seguro, sin que aportara elementos de juicio de las condiciones modales del contrato de seguro.



La declaración de la representante legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS PANAMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS, manifestó que la suscripción del contrato se realizó por intermediario denominado PROMOTEC, no participó en el diligenciamiento del contrato y la solicitud de certificado individual de seguro.

No existe entonces ningún elemento de juicio ni acervo probatorio que permita desconocer la voluntad expresada en la póliza y entrar a extender el amparo concedido a situaciones diferentes a las previstas en la póliza, sólo se cuenta enunciaci3n del introito sin prueba que lo respalde. No obra acreditaci3n del desconocimiento de la CIRCULAR EXTERNA 050 DE 2015 emanada de la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. Por el contrario la rúbrica en el contrato y la solicitud- certificado individual de seguros junto con los anexos implican la aceptaci3n del contenido, de las condiciones de cobertura y las exclusiones, pese a la manifestaci3n de la demandante de ausencia de lectura del contenido de la póliza y sus anexos.

Al mantenerse la conclusi3n del A Quo,, est3 definido en el sentido que la compaa de seguros incluy3 la protecci3n de la incapacidad permanente estructurada durante la vigencia de la póliza, enunciado suficiente, resultante de la valoraci3n de la prueba documental aportada para concluir que en el caso de marras ante una estructuraci3n del contingencia en fecha previa a la celebraci3n del contrato, no es plausible reconocer el siniestro por no estar inmerso en la cobertura del contrato celebrado.

Conclusi3n suficiente para confirmar la sentencia de primera instancia que neg3 las pretensiones de la demanda respondiendo de forma negativa los problemas jurídic3s planteados, resultando inane el estudio de las totalidad de las excepciones de mérito alegada ante la acreditaci3n de la prosperidad de la AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PólIZA.

Se acota, que no se advierte desconocimiento del precedente judicial y constitucional atribuido al a quo en la decisi3n objeto de reproche, bajo el entendido que entre los casos traídos a colaci3n y el sub judice, existe disimilitudes fácticas concretas, tales como la configuraci3n de una contingencia, la incapacidad total y permanente estructurada por fuera de la vigencia de la póliza, en consecuencia no es plausible aplicar la ratio decidendi respecto de la reticencia en el contrato de seguros y tiene conclusiones o soluciones jurídic3s diversas.



9. DECISIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO MIXTO DE BARRANQUILLA administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida por el JUZGADO OCTAVO CIVIL MUNICIPAL calendada 15 de marzo de 2023, dentro del proceso verbal NORIS RADA PAEZ contra FINANZAUTO S.A. y COMPAÑÍA DE SEGUROS PANAMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

SEGUNDO: Sin condena en costas a la parte demandante recurrente, por gozar de amparo de pobreza en el trámite de la referencia.

TERCERO: En su oportunidad, devuélvase la actuación digital, al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LINETH MARGARITA CORZO COBA.

JUEZA