



**DISTRITO JUDICIAL DE SANTA MARTA
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO
SANTA MARTA**

Santa Marta, Magdalena
Veinticuatro (24) de octubre de dos mil veintitrés (2023)

**VERBAL
DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
(SEGUROS)**

47.001.31.53.005.2020.00162.00

I. OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Atendiendo lo dispuesto en el artículo 278 de Código General del Proceso, se procede a dictar sentencia anticipada en el proceso **VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL** presentada por **LUIS AGUSTÍN CASTRO CAMARGO**, contra **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**

II. ANTECEDENTES

a. De los hechos

Relató el apoderado judicial del demandante que, el señor Luis Agustín Castro Camargo, estuvo vinculado a la empresa Drummond Ltda., en su calidad de maquinista de locomotora, desde el 12 de marzo de 1997 al 30 de marzo de 2017. Devengando para el año 2017, un salario de siete millones cuatrocientos catorce mil doscientos quince pesos m/cte. (\$7'414.215).

Señala, que la compañía Drummond Ltda., en su calidad de tomador, contrató con la compañía de seguros Allianz Seguros de Vida S.A., la póliza grupo No. VDGR 1541, la cual estuvo vigente hasta el año 2013, de conformidad con la respuesta dada el derecho de petición incoada el día 28 de noviembre de 2019.

Indica que, mediante la póliza de grupo No. VDGR 1541, fueron amparados los siguientes riesgos asegurables, el básico de vida, la incapacidad total y permanente por enfermedad o

accidente, y la indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración (incluye lesiones o muertes causadas por arma de fuego y en general por homicidio en un 100%).

El demandante, fue valorado por la junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, mediante dictamen No. 13848990-410 de fecha 18 de mayo de 2017, a través del cual se determinó que su poderdante presenta una pérdida de la capacidad laboral equivalente al 53.89%, de origen común y fecha de estructuración del estado de invalidez, que data del 19 de marzo de 2013. Encontrándose en firme, conforme la constancia de ejecutoria de fecha 13 de julio de 2017.

En tal sentido, ante la declaratoria del estado de invalidez, procedió el demandante el 29 de marzo de 2019, a través del corredor de seguros Aon Risk Services Colombia S.A., a solicitar el reconocimiento y pago de la indemnización por incapacidad permanente parcial. La compañía de seguros Allianz Seguros S.A., mediante comunicado de fecha 17 de abril de la citada anualidad, procedió a dar respuesta, denegando la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad, alegando que de conformidad con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, las acciones que se derivan el contrato de seguros prescriben a los 2 años. Por considerar que, la fecha de estructuración data del 19 de marzo de 2013, hasta el momento de la reclamación, la misma se encontraba prescrita.

Frente a dicho reparo, fue interpuesto recurso de reconsideración a la determinación de denegar el pago de la incapacidad permanente parcial. Por lo cual, la compañía Allianz Seguros de Vida, mediante oficio de fecha 8 de julio de 2019, aceptó los argumentos de no prescriptibilidad de la acción derivada del contrato de seguros, pero denegó nuevamente el amparo, bajo los siguientes argumentos:

“En efecto, las condiciones particulares de la póliza establecen:

(...) Grupo asegurado: está contemplado por todos los trabajadores al servicio del tomador que tengan contrato laboral vigente con la entidad tomadora, siempre que a su a la póliza se encuentre en buen estado de salud de acuerdo con lo indicado en la condición de amparo automático.

De igual forma en el literal b, de la cláusula 15 de la póliza señala:

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos terminan en el evento en que el asegurado principal deje de pertenecer al grupo de asegurado.

Finalmente, respecto a la indemnización indica:

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente al momento de la fecha del dictamen de la correspondiente incapacidad permanente parcial”.

Concluyó la aseguradora

“en ese sentido para que se configure la cobertura del amparo en los términos del contrato, es necesario que la fecha de estructuración de la invalidez se presente dentro de la vigencia de la póliza, y que a su vez, la fecha del dictamen que determinó tal invalidez, ocurra igualmente dentro de la vigencia del seguro; lo anterior, teniendo en cuenta que el valor del asegurado previsto para todos los amparos, corresponde a 24 veces el valor del salario devengado por el asegurado a la fecha del dictamen”.

Alega en tal sentido que, la parte demandante, Allianz Seguros de Vida S.A., deniega el reconocimiento y pago de la indemnización por incapacidad permanente parcial, bajo argumentos que no fueron pactados en el contrato de seguros. Ya que de conformidad con el clausulado de la póliza No. 22350302, que se repiten en cada una de las renovaciones, esto desde el año 2006 hasta el año 2013, fecha en la que se estructura el estado de invalidez del demandante, la póliza en ninguno de sus apartes señala que la fecha del dictamen debe ocurrir dentro de la vigencia del seguro. En su lugar señala, en la cláusula octava, en lo atañadero al amparo de incapacidad permanente parcial lo siguiente:

“Se entenderá por incapacidad permanente total y parmente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de esta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impidan al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupacional habitual, siempre que haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso, dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificado de la EPS, ARP, EFP o Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida de la capacidad laboral superior al 50% de su capacidad laboral.

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que dio origen a la misma se produzca dentro de la vigencia de este amparo”.

Por lo que, se cae por su propio peso, que el reconocimiento de valor de la indemnización estaba ligado a la fecha del dictamen, mediante el cual se determina la pérdida de la capacidad laboral, lo que indica es que, debe demostrarse la pérdida de la capacidad laboral mediante un dictamen, que certifique que el asegurado supera el 50% de pérdida de la capacidad laboral y que dicha pérdida se estructure dentro de la vigencia de esta póliza.

Manifiesta a su vez que, de acuerdo con la cláusula tercera del contrato de seguros, la vigencia para cada trabajador, lo es hasta la fecha de determinación del contrato de trabajo, que para el caso que nos ocupa, lo fue hasta el 30 de marzo de 2017. Luego entonces, al haberse estructurado la invalidez del demandante el 13 de marzo de 2013, para dicha fecha se encontraba asegurado.

Consecuencia de esto, atendiendo la cláusula 6 de la póliza No. 022350302, el valor de la indemnización que adeuda Allianz Seguros de Vida S.A., corresponde a 24 sueldos mensuales, ello es a ciento setenta y siete millones novecientos cuarenta y unos mil ciento sesenta pesos m/cte (\$177.941.160), más los intereses moratorios en el valor de sesenta y un millones noventa y seis mil setecientos noventa y seis pesos (\$ 61'096.796).

2.2 Las pretensiones

Solicitó el demandante, se condene a Allianz Seguros de Vida S.A., al reconocimiento y pago de la indemnización por incapacidad total y permanente por valor de ciento setenta y siete millones novecientos cuarenta y unos mil ciento sesenta pesos m/cte (\$177.941.160), más los intereses moratorios de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio.

2.3 Contestación de la demanda

Notificada la demandada, esta procedió a dar contestación a la demanda, pronunciándose sobre los hechos, oponiéndose a las pretensiones e impetrando las excepciones de mérito que denominó: ausencia de cobertura del contrato de seguro para el siniestro reclamado; cobro de lo no debido, y; excepción genérica u ecuménica.

Dichas excepciones fueron sustentadas en los siguientes términos:

- **Ausencia de Cobertura del Contrato de Seguro para el Siniestro Reclamado:**

Alega el extremo demandado que, de conformidad con lo señalado en el artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede a su arbitrio asumir determinados riesgos supeditando los amparos o coberturas al cumplimiento de ciertos requisitos, encontrándose obligado a indemnizar únicamente en el evento de que tales presupuestos se cumplan. En ese sentido, las condiciones particulares aplicables al contrato de seguro de vida grupo suscrito entre Drummond Ltda., y Allianz Seguros de Vida S.A., establecen lo siguiente:

“(...) 3. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

Con sujeción a lo indicado en la condición de amparo automático, la vigencia individual del seguro para cada trabajador iniciará en el momento en que éste firme contrato laboral con la entidad tomadora y estará vigente hasta su desvinculación laboral con Drummond Ltd. (...)

5. GRUPO ASEGURADO

Está conformado por todos los trabajadores al servicio del Tomador que tengan contrato laboral vigente con la entidad tomadora, siempre que a su ingreso a la póliza se encuentren en buen estado de salud de acuerdo a lo indicado en la condición de Amparo Automático. (...)

15. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El Seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas: (...)

b. Cuando el Asegurado principal fallezca o deje de pertenecer al grupo asegurado...”

De tal forma, manifiesta que, resulta claro que el demandante Sr. Luis Agustín Castro Camargo ingresó como asegurado de la póliza de seguro de vida grupo expedida por Allianz Seguros de Vida S.A. desde el momento en que inició su contrato laboral con Drummond Ltda., y que formó parte del grupo asegurado durante todo el tiempo en que estuvo al servicio de dicha empresa y hasta el momento de su desvinculación laboral acaecida el día 30 de marzo de 2017, fecha en la cual dejó de pertenecer al grupo asegurado y por ende terminó su contrato de seguro individual, quedando excluido desde ese momento de todos los amparos objeto de cobertura de la póliza.

En ese orden de ideas, tenemos que, para el 18 de mayo de 2017, fecha del dictamen de calificación N° 13848990-410 emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, en el cual se estableció el estado de incapacidad total y permanente del demandante, éste ya no hacía parte del grupo asegurado y por lo tanto había terminado su contrato de seguro individual debido a la desvinculación laboral con la empresa Drummond Ltda, desde meses atrás, lo que impide el reconocimiento de la indemnización, la cual se calcula con el valor asegurado correspondiente a la fecha del dictamen de calificación invalidez, y por lo tanto solo pueden acceder a ésta los trabajadores activos que se encuentren devengado salario para la fecha del respectivo dictamen.

De igual manera, respecto a los valores asegurados individuales señalan las condiciones particulares de la póliza, lo siguiente:

6. AMPAROS OTORGADOS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES *La presente póliza otorga las siguientes coberturas de acuerdo con las definiciones y condiciones previstas en este contrato:*

AMPAROS	VALORES ASEGURADOS
Básico de vida (incluye la muerte por homicidio y suicidio desde el inicio de la vigencia del amparo individual y terrorismo)	*24 Sueldos Mensuales
**Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o Accidente.	
Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (Incluye lesiones o muertes causadas por arma de fuego y en general homicidio al 100%)	

**Sueldo mensual se define como la asignación salarial mensual básica sin incluir horas extras, bonificaciones, vacaciones, primas legales y extralegales entre otros.*

***El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de dictamen de la correspondiente incapacidad total y permanente.*

A partir de lo anterior, concluye que, la indemnización reclamada no es objeto de cobertura del seguro, teniendo en cuenta que el valor asegurado pactado para el amparo de incapacidad total y permanente corresponde a 24 veces el valor del salario devengado por el asegurado para la fecha del dictamen de calificación de invalidez, razón por la cual no es posible acceder a la reclamación del demandante, ya que para la fecha de su dictamen (18 de mayo de 2017), el Sr. Luis Agustín Castro Camargo no se encontraba vinculado laboralmente a Drummond Ltda, ni percibía cuantía alguna por concepto de salario con la entidad tomadora de la póliza.

Por lo que, es evidente que en el presente caso no se cumplen los presupuestos establecidos en las condiciones particulares aplicables a la póliza de seguro de vida grupo para la afectación del amparo de incapacidad total y permanente, pues el demandante dejó de pertenecer al grupo asegurado de la póliza desde el 30 de marzo de 2017, fecha en la cual terminó su contrato individual de seguro debido a su desvinculación laboral con Drummond Ltda., cesando a partir de ese momento los riesgos a cargo de Allianz Seguros de Vida S.A. y encontrándose sin efecto la obligación condicional de indemnizar a cargo del asegurador, por ausencia de causa legal o contractual derivada de la póliza aludida.

• **Cobro de lo no Debido:**

Aduce que, de conformidad con los argumentos anteriormente expuestos resulta evidente que Allianz Seguros de Vida S.A., no se encuentra obligada a pagar suma alguna de dinero por concepto de las pretensiones del presente caso.

• **Excepción Genérica u Ecuménica:**

Indica que, de acuerdo con lo previsto en el artículo 282 del Código General del proceso, solicita se decrete cualquier otro medio exceptivo cuyos fundamentos resulten acreditados dentro del proceso.

2.4. Trámite de la instancia

La demanda se presentó el 17 de diciembre del año 2020, admitiéndose mediante auto del 1 de marzo de 2021. Posterior a lo cual, se notificó el extremo demandado, quien contestó la demanda, elevando excepciones de mérito, de las cuales se dio traslado por secretaria el 6 de mayo de 2022. No obstante, dicho traslado venció en silencio.

El 9 de junio de 2022, se profirió auto, mediante el cual se anunció que, se procedería a proferir sentencia anticipada, decretándose para dichos fines como pruebas de la parte demandante: Copia del dictamen aportado, así como constancia de su ejecutoria; Copia reclamación administrativa del 29 de marzo de 2019, así como su respuesta; Copia póliza de vida grupo 022350302; Copia respuesta reconsideración a la objeción mediante la que se negó el pago; Copia de certificado laboral, y; Constancia de no conciliación.

A su vez, se decretó como pruebas a favor de la parte demandada: Condiciones Particulares de la póliza de vida grupo VDGR-1541 AHORA 21170149; Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Vida Grupo; Correo Electrónico con Información sobre Salario del Demandante para el momento del Dictamen, de fecha 08 de abril de 2019; Objeción de Allianz Seguros de Vida S.A., de fecha 08 de julio de 2019.

III. CONSIDERACIONES

En el presente asunto se busca la declaratoria de responsabilidad civil contractual, respecto de la cual ha indicado la Corte Suprema de Justicia se edifica en los siguientes pilares axiológicos: a) La preexistencia de un vínculo jurídico entre las partes; b) Su incumplimiento relevante por quien es demandado; c) la generación de un perjuicio significativo para el actor; y d) la conexión causal entre la referida insatisfacción de los deberes convencionales y el correspondiente daño irrogado¹.

Ahora bien, resulta pertinente recordar a efectos de abordar el trámite aquí adelantado que, el contrato de seguro se encuentra definido por el artículo 1036 del Código de Comercio, como un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva. Definiéndose por la jurisprudencia, como elementos esenciales del contrato de seguro, *atendiendo lo dispuesto en el artículo 1045 del Código de Comercio, el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador de pagar el siniestro en caso de ocurrir el riesgo amparado, al punto que el inciso final de esa disposición prevé que «[e]n defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno»*².

Sobre dichos elementos del contrato de seguro, se ha puntualizado:

¹ SC18476-2017, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. M.P. ALVARO FERNANDO GARCIA RESTREPO. Quince (15) de noviembre de dos mil dieciséis (2016). Bogotá D.C.

² SC3952-2022, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. M.P. AROLDI WILSON QUIROZ MONSALVO. Dieciséis (16) de diciembre de dos mil veintidós (2022). Bogotá D.C.

“Se remarcen como elementos esenciales del contrato, de acuerdo con el artículo 1045 del estatuto comercial, los siguientes: (I) El interés asegurable «de contenido económico» (SC3893, 19 oct. 2020, rad. n.º 2015-00826-01), esto es, «la relación de índole económica que une a una persona consigo misma, o con otro sujeto, o con un bien, o con un derecho específico, que eventualmente puede resultar afectado por variedad de riesgos, todos ellos susceptibles de ser amparados en un contrato de seguro» (SC5327, 13 dic. 2018, rad. n.º 2008-00193-01);

(II) El riesgo asegurable o «el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario» (artículo 1054); dicho en otros términos, se trata de «un hecho condicionante, esto es, verdadera circunstancia futura e incierta, por la posibilidad de su ocurrencia al mediar la incertidumbre de que sobrevenga el hecho por obra del azar, del alea, afectando patrimonialmente a un sujeto de derecho, en forma concreta (seguro de daños), o en forma abstracta (seguro de personas)» (SC7814, 15 jun. 2016, rad. n.º 2007-00072-01). Puede consistir en una acción u omisión, hechos de la naturaleza o humanos, internos o externos al asegurado, de origen físico o jurídico, instantáneos o evolutivos, unicastales o pluricastales, ordinarios o extraordinarios, entre muchas otras alternativas³, siempre que ninguna de ellas dependa exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, ni se trate del aseguramiento del dolo, la culpa grave o actos meramente potestativos (artículo 1055 de la codificación comercial), sin perjuicio de lo prescrito en el inciso final del artículo 1127, norma prevalente para el seguro de responsabilidad;

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

(IV) El deber condicional de la asegurada de satisfacer una prestación en favor del asegurado, siempre que se configure el siniestro (artículo 1072 ejusdem)...”³

El segundo de esos elementos, cual es el riesgo asegurable, es definido entonces, como «...el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.» (Art. 1054 ibídem). Y para clarificar ese concepto el mismo precepto legal, de forma por demás tajante, consagró que «[l]os hechos ciertos, salvo la muerte y los físicamente

³ SC487-2022, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. M.P. AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO. Cuatro (4) de abril de dos mil veintidós (2022). Bogotá D.C.

imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.» Entonces, el riesgo asegurable es un hecho eventual que no pende de la voluntad del tomador, asegurado, ni beneficiario, y que una vez ocurrido configura el siniestro. Como quiera que se trata de una circunstancia incierta, pues se desconoce si ocurrirá o no, refulge necesario para el asegurador establecer las posibilidades de que suceda, con el propósito de determinar si lo asume y en qué condiciones⁴.

Mismo sobre el cual se ha indicado que:

“Refulge de la anterior enumeración que el «riesgo asegurado» es el eje sobre el cual se estructura la operación aseguraticia, en tanto tiene una conexión inescindible con el interés asegurado, sirve para calcular la prima y determina el hecho que dará lugar al débito a cargo de la aseguradora. Total, «la razón o causa que late a la hora de contratar un seguro no es otra más que la de prevenirse o anticiparse a las consecuencias dañinas que puede suponer la verificación de un siniestro que generalmente no se desea, en suma, se perfecciona para que una parte indemnice a la otra (o a la persona que ésta designe en concepto de beneficiario de) las consecuencias de un evento dañoso (siniestro)» 2.

1.2. La determinación de los riesgos asegurados dependerá, en primer lugar, del tipo de seguro contratado, bajo la consideración de que en el seguro de daños, por fuerza del artículo 1083 del Código de Comercio, deben ampararse las afectaciones que puedan causarse en el patrimonio del asegurado; mientras que en el seguro de responsabilidad se cubren «los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra» en favor de la víctima (artículo 1127 ídem).

La prenotada naturaleza, remárquese, no puede quebrantarse por fuerza de las estipulaciones negociales, como cuando las cláusulas pactadas adelgazan su contenido por medio de estipulaciones que hacen inocuo el aseguramiento; de allí que, cuando la cobertura devenga exigua de cara a la protección del interés asegurado, se pervierte el vínculo, evento en el cual se hace necesario rehusar efectos a las disposiciones convencionales.

La Sala tiene decantado que la empresa de seguros «no debe vaciar de contenido ese que asume pues tal postura conllevaría a un remedo de amparo sin traslación efectiva de riesgos, sucesos que originan pérdidas y, en suma, desembolsos económicos» (SC4527, 23 nov. 2020, rad. n.º 2011-00361-01).

⁴ SC3952-2022, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. M.P. AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO. Dieciséis (16) de diciembre de dos mil veintidós (2022). Bogotá D.C.

Ahora bien, es cierto que, ante la amplitud de los eventos que son susceptibles de ser amparados, la aseguradora puede especificar «los riesgos cuya cobertura se obligan en virtud de la misma» (SC8435, 2 jul. 2014, rad. n.º 2002-00098-01), como lo reconoce el artículo 1056 del Código de Comercio, a saber: «[c]on las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado».

Refiriéndose a este precepto, la Corporación dijo que en la especificación de los riesgos «se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales» (SC4527, 23 nov. 2020, rad. n.º 2011-00361-01) ...».⁵

Ahora bien, respecto a los seguros de vida grupo, cual fue la clase de seguro aquí contratada por la empresa Drummond Ltda., en calidad de tomadora y empleadora del demandante, ostentando este ultimo la calidad de beneficiario, precisó la Honorable Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez, en la sentencia SC2803-2016, de fecha cuatro (4) de marzo de dos mil dieciséis (2016):

“Es así como la Sala en SC 25 may. 2012, rad. 2006-00038-01, describió el «seguro de vida grupo» como (...) una modalidad del “seguro de personas” (artículo 1137 y siguientes del Código de Comercio), que permite a un “tomador” (...) asegurar un número indeterminado de personas (...) acuerdo que origina tantos convenios como amparados integren el grupo correspondiente, formalizándose la aceptación de cada uno de sus miembros, mediante la expedición del llamado “certificado individual de seguro” expedido por el “asegurador” y, por lo general previo el diligenciamiento por el cliente de la “declaración de asegurabilidad”, que se extiende en un formato preparado por la empresa “aseguradora”.

Mismo sobre el cual puntualizo la Corte Constitucional que, *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*⁶.

⁵ SC487-2022, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. M.P. AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO. Cuatro (4) de abril de dos mil veintidós (2022). Bogotá D.C.

⁶ T- 027 de 2022. CORTE CONSTITUCIONAL. M.S. ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO. Expediente T-8.090.361. uno (1) de febrero de dos mil veintidós (2022). Bogotá, D. C.

Descendiendo al *sub-lite*, se advierte de la Póliza No. VDGR 1541, aportada con la demanda, fundamento del presente proceso y vínculo jurídico del que se desprende la relación de los extremos de la presente litis, que, en la cláusula 8ª denominada Definición de amparos, frente a las condiciones de los amparos opcionales Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, se pactó:

*“se entenderá por incapacidad total y permanente **la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de esta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupacional habitual, siempre que dicha haya existido por un periodo continuo no menos a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARP, EFP o junta regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida superior al 50% de su capacidad laboral.***

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo...”

Misma Clausula que, se incluyó en las condiciones particulares de renovación póliza de seguro de vida Grupo Drummond Ltda., póliza No. VDGR 1541, periodos 2009 – 2010, 2010– 2011, 2011 – 2012, 2012 – 2013.

De igual manera, obra en el expediente, dictamen de pérdida de capacidad laboral, expedida por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, con fecha de declaratoria del 18 de mayo de 2017, donde se indica en análisis y conclusiones que *“Esta junta determina que la calificación integral se califica como enfermedad de origen común porque el ultimo diagnóstico realizado cronológicamente es de origen común, **fecha de estructuración el día 19-03-2013 y PCL 53.89%...**”*.

Recuérdese que, la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral se encuentra definida en el Decreto 1507 de 2014⁷, en los siguientes términos:

“Fecha de estructuración: Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.

⁷ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=58941>

Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral...”.

Se observa a su vez, como prueba allegada, la certificación suscrita por Dazzeyra Moreno, en calidad de Consultor de Recursos Humanos, Departamento de Transporte de Drummond Ltda., donde hace constar que el demandante laboró con esa empresa desde el **12 de marzo de 1997 hasta el 30 de marzo de 2017**, con un contrato a término indefinido y un salario integral mensual de \$7'414.215.

De lo anterior, se colige que, **el demandante perdió su capacidad laboral conforme el dictamen expedido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, dentro del tiempo que estuvo laborando para la sociedad Drummond Ltda., y se encontraba cobijado por la Póliza de Seguro de Vida Grupo Drummond Ltda, Póliza No VDGR 1541.** Ello al tenor de lo dispuesto en la cláusula número 3, que señala como vigencia individual del seguro “*Con sujeción a lo indicado en la condición de amparo automático, la vigencia individual del seguro para cada trabajador **iniciará en el momento en que este firme contrato laboral con la entidad tomadora y estará vigente hasta su desvinculación laboral con Drummond Ltda***”.

Adviértase de lo precisado que, la fecha de estructuración corresponde a la data en que la persona pierde su capacidad laboral. Por lo cual, al acaecer el 19 de marzo de 2013, el asegurado y aquí demandante sufrió la incapacidad dentro de la vigencia de la póliza, dándose en tal sentido, la incapacidad y el evento de esta, dentro de las vigencias del amparo, al tenor de lo pactado en la póliza de seguro.

Empero, alega el extremo demandado como fundamento de sus excepciones que, el demandante formó parte del grupo asegurado durante el tiempo que estuvo al servicio de la empresa Drummond Ltda, hasta el momento de su desvinculación laboral acaecida el 30 de marzo de 2017, fecha en la cual dejó de pertenecer al grupo asegurado y por ende terminó su contrato de seguro individual, quedando excluidos desde ese momento de todos los amparos objeto de cobertura de la póliza.

Por lo que, para el 18 de mayo de 2017, fecha del dictamen de calificación N° 13848990-410 emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, en el cual se estableció el estado de incapacidad total y permanente del demandante, éste ya no hacía parte del grupo asegurado y por lo tanto había terminado su contrato de seguro individual debido a la desvinculación laboral con la empresa Drummond Ltda., desde meses atrás, lo que impide el reconocimiento de la indemnización.

Obra de manera pertinente citar frente a la terminación del contrato de seguro, que:

“Ahora bien, el artículo 1047 del Código de Comercio determina cuál debe ser el contenido de la póliza y, entre ellos está “6°) la vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras”.

En lo atañadero con la temporalidad de las pólizas de seguros el tratadista J. Efrén Ossa G. Enseña:

“la temporal significa que el riesgo solo obliga al asegurador en cuanto a su realización (el siniestro) sobrevenga durante un período de tiempo determinado o determinable. De ahí que la póliza deba expresar “la vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras” (art. 1047 ord. 6°) (...) En el seguro de tiempo, que es el que “se extiende para asegurar el objeto durante un lapso determinado” (art. 1710), supuesta -claro está- la existencia de interés y riesgo asegurable, la vigencia técnica del contrato (la individualización temporal), con sus momento de iniciación y expiración, responsable a la voluntad concorde de las partes. Es una de las condiciones particulares de la póliza. Por regla general, en la práctica aseguradora, es de un año. Técnica y jurídicamente, nada obsta a que sea mayor o menor. En los seguros de vida, puede ser temporal o vitalicia.” (resaltado fuera de texto).

En palabras de la Corte Suprema de Justicia:

“En efecto, como bien se tiene establecido, la celebración del contrato de seguro le impone una responsabilidad potencial al asegurador de cara al riesgo realmente asumido o amparado (art. 1056 C. de Co.), que desde el punto de vista temporal, por regla, no es ilimitada o indefinida, sino circunscrita a un terminado periodo del tiempo, ora directa, ora indirectamente, por lo que se ha señalado, con razón, que el seguro es un prototípico contrato de duración, amén que de ejecución sucesiva.

Desde esta específica perspectiva, que atañe a la delimitación temporal de la cobertura, se comprende que sea relevante para las partes del contrato, determinar el instante iuris a partir del cual empiezan efectivamente a correr los riesgos que, en las circunstancias anotadas, se trasladan -figuradamente- al asegurador (vigencia técnica o efectiva), lo que, como es natural, dependerá individualmente de la clase o tipología del seguro contratado.

El art. 1047 ordinal 6° del Código de Comercio, dispone que la póliza debe contener “la vigencia del contrato de seguro, con indicaciones de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras”, u estableciéndose en el art. 1057 del mismo Código que “En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato de seguro”.

Sobre la base normativa, doctrinal y jurisprudencial, es requisito de la póliza fijar su vigencia, su límite en el tiempo, lo que determina su expiración, de allí que sino es renovada, implica la terminación como expresión de la autonomía de la voluntad de las partes. Ante la estipulación en la póliza del inicio y finalización hay que atenerse a ella, porque revela la voluntad de las partes al establecer los hitos temporales de la relación contractual, lo que es, además, lógico, pues traduce las necesidades y conveniencias...”⁸

Sin embargo, frente a dichas manifestaciones de la pasiva, debe reiterarse que, en la citada clausula 8 de la póliza de seguros⁹, de la definición de amparos, se definió como riesgo la incapacidad total y permanente sufrida por el asegurado, **que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de la póliza.**

Es así como, atendiendo lo dispuesto en la citada jurisprudencia y el artículo 1054 del Código de Comercio que dispone, el riesgo como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, **y cuya realización da origen a la obligación del asegurador**, se tiene que, la ocurrencia de la pérdida de la capacidad laboral y momento en el que se conformó la incapacidad **tuvo lugar dentro de la vigencia de la póliza de seguros y existencia de la relación laboral.**

Lo anterior, configura el amparo cubierto y da lugar a la indemnización reclamada, en tanto como se señaló, la incapacidad no se dio de manera posterior a la terminación del contrato de seguro, sino todo lo contrario, se dio en vigencia de ella, al haberse estructurado la pérdida de capacidad laboral antes de la terminación del seguro individual, como lo determinó el dictamen proferido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena.

⁸ TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, D.C. SALA CIVIL. M. S. RUTH ELENA GALVIS VERGARA. Dos de junio de dos mil veintitrés. Radicación: 110013199003202102833 01. Bogotá, D.C.

⁹ CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARP, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida superior al 50% de su capacidad laboral.

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.

Sin perjuicio de cualquier otra causa, se considera como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y un pie.

No debe perderse de vista que, de la lectura de la póliza, no se advierte clara y literalmente especificado que, para el cubrimiento del riesgo asegurado debía presentarse el dictamen de pérdida de capacidad laboral ante la aseguradora, **antes de la terminación del contrato de trabajo o terminación de la póliza**, advirtiéndose que el Riesgo asegurado y siniestro **si acaecieron dentro de la vigencia de ellos, como se fijó en la póliza**. Por lo que, dicho requerimiento al ser ambiguo y no desprenderse de forma nítida del clausular de la póliza, debe resolverse a favor del usuario.

Así lo ha manifestado la Corte Constitucional, al señalar en la sentencia T 027 de 2019:

“La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores [224].

64. El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella[225].

65. El segundo –consecuencia del primero– es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

66. El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados[226] y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en

algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado[227]...”.

A su vez, argumenta el extremo pasivo que, no es posible acceder a la indemnización en tanto este se evalúa con el valor asegurado en la fecha del dictamen de calificación de invalidez, y por ello, **solo pueden acceder a esta los trabajadores activos que se encuentren devengando salario para la fecha respectiva del dictamen**. Ello, como quiera que, en la cláusula 6ª de la póliza se manifiesta que “*El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de dictamen de la correspondiente incapacidad total y permanente...*”.

Sobre dicho tópico, nota el Despacho que los requerimientos de la aseguradora podrían constituir un abuso de su poder dominante en la actividad aseguraticia. Obsérvese que, como ya se precisó, **en el riesgo asegurado no se estipuló claramente lo atinente a la fecha de expedición del dictamen, por lo que darle los alcances aducidos por la demandada para no pagar la indemnización, constituiría en criterio de este Despacho, vulneración de los derechos como consumidor del señor Luis Agustín Castro Camargo, al no haberse estipulado así en la póliza**.

Recuérdese que la jurisprudencia constitucional, se ha pronunciado en extenso sobre el abuso de la posición dominante, indicando de manera pertinente:

“5. El abuso de la posición dominante

La actividad financiera es considerada por la Corte Constitucional como un servicio público en tanto que su objetivo principal es la captación de recursos financieros del público con el fin de administrarlos, invertirlos, manejarlos y obtener con ello un beneficio, todo dentro de los límites que la ley prevé. Así fue expuesto en la Sentencia T-443 de 1992 reiterada en la T-813 de 2012.

Dichas providencias, a su vez enfatizaron que las actividades financieras, bursátil, aseguradora, y todas las demás que se relacionen con el manejo, inversión, administración y aprovechamiento de los recursos de captación señaladas en el literal d) del numeral 19 del artículo 150 de la Constitución Política, serán ejercidas previa autorización del Estado, habida cuenta que son de interés público. Lo anterior, con fundamento en lo previsto en el artículo 335 de la Carta.

En cumplimiento de sus labores, las entidades dedicadas a actividades de índole financiero o asegurador tienen la posibilidad de fijar los requisitos de acceso a sus servicios, las condiciones y exigencias para acceder a créditos y transacciones, las tasas de interés, entre otras cuestiones propias de su gestión, por lo que “siendo depositarias de la confianza pública por el

servicio que prestan y gozando de la credibilidad por parte de los clientes, tienen una posición dominante frente a los usuarios”[29].

Por tanto, ante la clara posición dominante que se crea, no solo por la confianza pública depositada en la entidad, sino también por la diferencia económica existente entre las partes, corresponde al Estado ejercer el control sobre dichas entidades en aras de evitar que con base en la superioridad que ejerce frente al usuario, abusen de su poder a través de la imposición de cláusulas arbitrarias o por fuera de los límites que la ley prevé.

Dicha facultad de control tiene su origen en la Constitución, en tanto que a través del artículo 333 se radicó en el Estado la competencia de evitar todo abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional, de manera que se impiden tratamientos desiguales que supongan la superioridad de unos frente a otros, máxime, en tratándose de actividades que gozan de la confianza pública por el tipo de servicio que prestan.

Ello ocurre con facilidad en los contratos de seguro en tanto que el usuario puede ser sometido a que le dilaten la satisfacción de los compromisos asumidos, lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o de sus beneficiarios, en tanto que si bien ese tipo de contrato no tiene como finalidad la de proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona, lo cierto es que algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros luego de sobrevenir el siniestro asegurado.

Por lo que ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario, es necesario evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquite el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental...”¹⁰.

Mérito de ello, no encuentra este Juzgado procedente ni plausible la argumentación esgrimida por la aseguradora demandada en sus medios exceptivos, más aún al existir certificación laboral que indica que para el año 2017, fecha del dictamen y de la terminación laboral, el demandado percibía un salario integral mensual de siete millones cuatrocientos catorce mil doscientos quince pesos m/cte (\$7'414.215.), con el cual se puede calcular el valor asegurado.

¹⁰ Sentencia T-094/19. CORTE CONSTITUCIONAL. M.S. ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO. Referencia: Expedientes T-7.007.710 y T-7.028.451. Seis (6) de marzo de dos mil diecinueve (2019). Bogotá, D.C.

Corolario, este Despacho declarará, no probadas las excepciones elevadas por la parte demandada, denominadas como ausencia de cobertura del contrato de seguro para el siniestro reclamado, cobro de lo no debido y excepción genérica u ecuménica.

En su lugar, declarará la responsabilidad contractual de la demandada, y accederá al reconocimiento y pago de la indemnización, correspondiente a 24 sueldos mensuales, atendiendo la cláusula 6ª de la póliza de seguros, esto es la suma total de ciento setenta y siete millones novecientos cuarenta y un mil ciento sesenta pesos m/cte (\$177.941.160). más los correspondientes moratorios a la tasa máxima legal permitida desde el 29 abril de 2019, conforme lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio, que dispone:

“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad...”.

Por último, se condena a la parte demandada al pago de las costas, al haber prosperado las pretensiones de la demanda. Por lo que, siguiendo los parámetros del numeral 1º del artículo 5º del acuerdo No. PSAA16-10554 de 2016, emanado del Consejo Superior de la Judicatura, se fijarán agencias en derecho la suma equivalente al 3% de las pretensiones.

Por lo expuesto, el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Santa Marta, Magdalena, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

IV. RESUELVE

1. Declarar la responsabilidad civil contractual de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, a favor del demandante **LUIS AGUSTÍN CASTRO CAMARGO**.
2. Declarar no probadas las excepciones elevadas por la demandada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, denominadas ausencia de cobertura del contrato de seguro para el siniestro reclamado, cobro de lo no debido y excepción genérica u ecuménica.
3. Condenar a la demandada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, a pagar a favor del demandante **LUIS AGUSTÍN CASTRO CAMARGO**, la suma de **CIENTO SETENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE (\$177.941.160)**.
4. Condenar a la demandada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, a pagar a favor del demandante **LUIS AGUSTÍN CASTRO CAMARGO**, intereses moratorios sobre la suma de **CIENTO SETENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO**

SESENTA PESOS M/CTE (\$177.941.160). liquidados al 1 ½ veces el interés bancario corriente, en los respectivos periodos de acuerdo con la certificación de la Superintendencia Financiera de Colombia, desde el 29 abril de 2019, y hasta que se acredite el pago total de la obligación.

5. Condenar a la demandada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, en costas. Fijando para dichos efectos como agencias en derecho la suma de **CINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$5'338.234).**

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



DIANA PATRICIA MARTÍNEZ CUDRIS
JUEZA