

73001400300620230036000 ARMANDO MARTINEZ VS ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Diana Marcela Barbosa Cruz <dianabarbosa@bmvabogados.com>

Lun 9/10/2023 11:32 AM

Para: Juzgado 06 Civil Municipal - Tolima - Ibagué

<j06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co>; notificaciones@gha.com <notificaciones@gha.com>

 1 archivos adjuntos (375 KB)

DESCORRE TRASLADO DE EXCEPCIONES ASEGURADORA DE COLOMBIA (ARMANDO MARTINEZ - BANCO GNB).pdf;

Señores:

**JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUÉ - TOLIMA**

**E. S. D.**

**REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO VERBAL PROMOVIDO POR ARMANDO MARTINEZ PARRA vs ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**

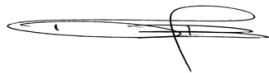
**RADICADO: 730014003006202300360000**

**ASUNTO: DESCORRE TRASLADO DE CONTESTACIÓN DE DEMANDA**

Respetada señora Juez:

En mi calidad de apoderada judicial de la parte actora dentro del proceso de la referencia y estando dentro de la oportunidad legal que brinda el artículo 370 del Código General del Proceso y en conexión a la Ley 2213 de 2022, me permito por medio del presente escrito descorrer traslado de la contestación de la demanda ejercida por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**.

Se allega escrito en PDF con traslado en las partes.



**DIANA MARCELA BARBOSA CRUZ**

**C. C.. 38.143.353 de Ibagué**

**T.P 172.592 del C.S.J**

Señores:

**JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUÉ - TOLIMA**

**E. S. D.**

**REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO VERBAL PROMOVIDO POR ARMANDO MARTINEZ PARRA vs ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**

**RADICADO: 730014003006202300360000**

**ASUNTO: DESCORRE TRASLADO DE CONTESTACIÓN DE DEMANDA**

Respetada señora Juez:

En mi calidad de apoderada judicial de la parte actora dentro del proceso de la referencia y estando dentro de la oportunidad legal que brinda el artículo 370 del Código General del Proceso y en conexión a la Ley 2213 de 2022, me permito por medio del presente escrito describir traslado de la contestación de la demanda ejercida por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, de la siguiente forma:

**I. FRENTE A LA CONSIDERACIÓN PRELIMINAR PLANTEADA POR LA DEMANDADA:**

El apoderado judicial del extremo pasivo considera y arguye la existencia de un *litis consorte necesario* y que para evadir futuras nulidades ruega al despacho a la citación de la entidad bancaria **BANCO GNB SUDAMERIS**, persona de derecho privado el cual se identifica con el NIT. 860.050.750-1, en el argumento que la entidad financiera la acreedora del crédito No. 106224860 y como beneficiaria de la Póliza de Grupo de Deudores No. 9940000000003 expedida por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**.

En *prima facie*, ante el argumento entablado por el apoderado judicial de la parte pasiva, es de establecer que se entiende por litisconsortes y cuales tipos hay, con el lugar de esclarecer y enriquecer si hay lugar o no lugar de los alegatos señalados.

Se entiende, por litisconsorcio cuando uno o los dos extremos de la relación jurídico procesal está integrado por varios sujetos de derecho, en lo que pueden ser facultativo, cuasinecesario o necesario. El primero de ellos, se define como aquel en el cual los diversos sujetos de derecho se consideran en sus relaciones con la contraparte como litigantes separados y los actos de cada uno de ellos no redundan en provecho, ni en perjuicio, de los demás. Esta clase de litisconsorcio tiene lugar cuando la presencia de los sujetos que lo integran no es requisito para la debida integración del contradictorio, porque ostentan relaciones jurídicas independientes respecto de la otra parte procesal y solo por razones de conveniencia o de economía concurren a un mismo proceso. Por su parte, el litisconsorcio cuasinecesario se caracteriza porque no es obligatoria la comparecencia del otro sujeto y, aunque no participe o no haya sido citado, los efectos de la sentencia lo cobijan. Finalmente, el litisconsorcio necesario se presenta cuando la cuestión litigiosa tiene por objeto una relación jurídica material, única e indivisible, que debe resolverse de manera uniforme para todos los sujetos que integran la parte correspondiente, lo cual impone su comparecencia obligatoria al proceso, por ser un requisito imprescindible para adelantarlos válidamente

Teniendo esto de presente, la relación jurídico - procesal que entraría para la entidad bancaria **BANCO GNB SUDAMERIS**, no se estipula como litisconsorte necesario pues no una relación jurídica única e indivisible por la relación de contractual por la Póliza de Grupo de Deudores No. 9940000000003 expedida por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, presentándose que su legitimación que si bien podría ejercerlo como activa, lo realice a través del determinante *litisconsorte cuasinecesario*, pues este como se dijo *“es una especie o modalidad jurídica intermedia, entre el litis consorcio necesario y el litis consorcio facultativo, que se presenta cuando uno o varios sujetos tienen legitimación para intervenir en un proceso, por la activa o por la pasiva, esto es, en calidad de demandantes o de demandados, por tener una relación sustancial o material, pero basta con que uno solo actúe dentro del proceso en tal calidad, para que pueda dictarse sentencia de mérito con plenos efectos jurídicos”* (C.E. Sección III, Sentencia del diecinueve (19) de julio de dos mil diez (2010)

Relación sustancia y material que subyace del mencionado contrato de seguro, pero basta con uno demande o ejerza la defensa en un proceso (Tomador, Asegurado o beneficiario).

Es por ello y con máxima brevedad de lo expuesto para así adentramos a las suplicas de fondo, con el debido respeto señora Juez, no se tenga por llamado a la entidad bancaria **BANCO GNB SUDAMERIS**, al no ser un litisconsorte necesario el cual impida seguir adelante con dirimir la *litis*, sino por el contrario una relación jurídica sustancial que lo legitima tanto a mi prohijado como asegurado de la Póliza de Grupo de Deudores No. 9940000000003 y a la entidad bancaria para solicitar la declaración y exigencia de los amparos constituidos dentro del contrato de seguro y bastara con que uno solo actué dentro del proceso en tal calidad.

## II. FRENTE A LAS EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO:

- ✓ **A LA EXCEPCIONES DENOMINADA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE ASEGURADO - INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL - LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO - ASEGURADORA SOLIDARIA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO:**

La **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por medio de su apoderado judicial, establece que se declare la nulidad del acto jurídico “Póliza de Grupo de Deudores No. 9940000000003”, al existir reticencia por parte de mi poderdante al momento de celebrar el contrato de seguro con esta misma entidad, la cual de haber conocido la patologías que señala esta entidad financiera lo hubiere realizado de forma más onerosa o abstenido de haber tomado los riesgos asegurables. Seguidamente aduce que se de aplicación al canon 1058 del Código de Comercio y que de ello, la carga probatoria de la aseguradora se limita únicamente a probar las patologías preexistentes del asegurado sin que ello signifique tener que haber profundizado o al menor de haberse allanado a investigar el verdadero estado del riesgo que iba asegurar.

Bajo esta asepsia, que se resalta que es desafortunada y como es de conocimiento de un *modus operandi* de las Aseguradoras para no ejercer el cumplimiento y pago de los amparos cubierto por las Pólizas de Seguro hasta el punto que no exista una Sentencia condenatoria; es de recalcar que los postulados ejercidos por la parte pasiva no ha de prosperar, debido que la reticencia en los contratos de seguros de vida, contemplados bajo el marco de la *ubérrima bona fidei* incumbe a las partes, es decir, asegurador, tomador y asegurado a tener unas cargas obligacionales para determinar el verdadero estado del riesgo y que en suma si al momento de materializarse el siniestro y el asegurador rechaza el amparo por reticencia tenga la carga de prueba de demostrar las exigencias que tanto el ordenamiento jurídico como la jurisprudencial ha enmarcado para su declaración.

Desde esta perspectiva, es de establecer que la reticencia y/o inexactitud es una figura jurídica – contractual, en la que consiste que el tomador del seguro, beneficiario o asegurado no declare el verdadero estado del riesgo, el cual, deberá ser indagado proactivamente en los seguros de vida por parte del Asegurador. Es decir, es aquella declaración sobre el estado de riesgo que no concuerda con la realidad lo que genera que la entidad aseguradora incurra en error al momento de expresar su consentimiento para obligarse, y expida una cobertura que no corresponde con la verdadera condición del tomador.

Sin embargo, frente a la existencias de reticencia o inexactitudes, la solución no es la nulidad relativa del contrato, pues necesariamente no se impone, ello ocurre, por una parte cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, inciso final C.Co), lo cual, aceptó celebrar sin dificultades el acto aseguratorio y cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.

Como tiene dicho la Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil en Sentencia de 2 de agosto de 2001, expediente 06146, repetido en sede reiterada veces y ahora en sede de tutela STC1409-2021, qué:

*“no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador ( ... ). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediabilmente, abrirse paso la anulación en comento”*  
(Negrillas apropiado)

De ahí que, la nulidad relativa del seguro es de carácter excepcional y no regla general al existir reticencia o inexactitud, de lo cual, deberá consignarse cierto requisitos y elementos para su estructuración, que son: (i) **La buena fe**, mediante doctrina probable y que cobija también a la aseguradora a ser un principio bilateral “*uberrima bona fe*”, le corresponde al tomador del seguro declarar de forma fidedigna el estado del seguro, pero con atención que el asegurador tenga **pesquisas o una acción proactiva para la determinación de las condiciones en que va celebrar Póliza de seguro**. La buena fe es una presunción legal, el cual le corresponde al asegurador debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida. (ii) **La mala fe del asegurado y/o tomador**: esto conduce a que el asegurador probar como se dijo anteriormente que, **el tomador incurrió en mala fe para la obtención y provecho del contrato y así que a través de los medios probatorios que consigné la aseguradora, se infiera que hubiese podido retrotraer el contrato o hacerlo en condiciones más onerosa, es decir, no con la simple manifestación de que existe un reticencia y que por lo tanto no hubiese contraído el seguro, sino que a través de los medios de convicción hubiese sabido el hecho no expedirían la Póliza o si, pero modificando las condiciones económicas del mismo**. Es por ello, que no hay cabida cuando solo la Aseguradora aduce es que “*me hubiera retrotraído*” o “*lo hubiese hecho más oneroso*”, sino que a través de elementos probatorios que determinen que en casos similares no tengas expresas de las coberturas dadas o de hacerlas exista una tarifa superior a la consagrada en la prima del seguro (iii) La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecuencia de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. (iv) El deber y la posibilidad de ejercer exámenes médicos en el seguro de vida, pues resulta, un derecho fundamental del asegurado y es así como lo emana la Corte Constitucional **en sentencia T-832 del año 2010**. (v) El Juez deberá hacer un criterio *pro consumatore* que consiste en “*el Derecho de Consumo será siempre interpretado de la forma más favorable para el consumidor debiendo ser objeto de interpretación estricta las excepciones a dichas normas.*”

Requisitos su señoría que han sido constante en la línea jurisprudencial Civil y Constitucional frente a la figura jurídica de renitencia o inexactitudes al negocio jurídico de seguros de vida, las cuales no puede apartarse el ente Asegurador y es deber de la suscrita apoderada judicial de hacer una línea jurisprudencia que ha regulado este tipo de actos jurídicos y su relación con la reticencia reclamadas por las asegurados, que se tienen:

En Sentencia T-832/2010, la Corte Constitucional, predicó:

*“De las pruebas allegadas al expediente, se deduce que simultáneamente a la adquisición del crédito, **la actora llenó el formulario para ingresar a la póliza como asegurada, con el fin de garantizarle a la entidad bancaria que en caso de muerte o como efectivamente ocurrió, por incapacidad total y permanente**, Colseguros S. A. se hace cargo del saldo insoluto de la deuda que registre en la respectiva fecha de la ocurrencia del siniestro.*

**Igualmente, no se observa que Colseguros S. A. haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que la accionante como asegurada allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato que son responsabilidad de la compañía establecer.**

6.6. La Sala estima necesario reiterar lo expuesto *en la sentencia T-490 de 2009, ya mencionada, en cuanto a que, la autonomía contractual que rige las actividades económicas, no es absoluta, por lo cual debe desarrollarse en el respeto y dentro de los límites de los principios y valores constitucionales. Así, desconocerlos “supone la inobservancia del marco legal en el que las referidas condiciones contractuales pueden hacerse efectivas y trae como consecuencia privilegiar en su aplicación tales acuerdos de voluntades frente a los principios constitucionales, aún a costa de las garantías y respeto de los derechos fundamentales que puedan verse comprometidos. Esa situación a la luz de la Constitución resulta impropia, ya que el Estado debe proteger los derechos básicos de los individuos que conforman su conglomerado social”.*

6.7. En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores.

6.8. Ahora bien, la accionante en la demandada planteó la conculcación de los derechos a la igualdad y de petición. Frente a esa pretensión la Sala considera que no fueron lesionados, en la medida en que no se allegó prueba de que el Banco Agrario de Colombia y Colseguros S. A. hayan tenido un trato diferente con otra persona en la misma situación de la señora Turriago Rojas. En cuanto a las peticiones radicadas en el establecimiento bancario, se comprobó que fueron contestadas.” (Subrayado y negrilla propio)

En Sentencia T-430/2015, recordó las subreglas para el mercado asegurativo, estableciendo:

“De acuerdo a lo anterior, es imperativo que la entidad, independientemente del servicio que preste, realice un examen médico que busca (i) detectar los padecimientos de salud que constituyan preexistencias; (ii) determinar su exclusión expresa de la cobertura del contrato; y, (iii) permitir que el usuario decida si bajo estas condiciones, es decir, la exclusión de las preexistencias del contrato persiste su intención de celebrar el convenio.

“Sobre este deber en cabeza de las entidades aseguradoras, la Corte refirió las siguientes reglas: (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato” (Subrayado y negrilla propio)

Asimismo, en la sentencia que *ut supra* pregonaba la renuencia de las aseguradoras al pago de riesgos amparados en contratos de seguros de vida amplió su interpretación **proconsumatore**. Las accionadas se sustrajeron al pago argumentado reticencia en las declaraciones de asegurabilidad al omitir expresar el padecimiento de enfermedades, preexistencias u otras causales, compendiando su doctrina así:

“En cuanto a las decisiones judiciales mencionadas, es posible llegar a un conjunto de conclusiones respecto a la figura de la reticencia y al principio de buena fe en el marco de los contratos de seguros de vida. Así pues, se tiene que: (i) la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador; (ii) debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellas, (iii) deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro; asimismo, (iv) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; (v) las aseguradoras no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes” (Subrayado y negrilla propio)

Así, para resolver este tipo de casos dónde se observa que la aseguradora solicita la reticencia, la homologa Constitucional indica que debe tenerse en Sentencia C-393/2015, que:

“la Sala concluye que cuando existe un conflicto entre un sujeto de especial protección constitucional que carece de recursos económicos para subsistir y una aseguradora, relacionado con el no pago de una póliza de seguro porque en criterio de ésta, aquél incurrió en reticencia al no brindar la información real de su estado de salud al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad y posteriormente la enfermedad omitida conllevó la pérdida de capacidad laboral del asegurado por invalidez superior al 50%, se debe resolver aplicando las siguientes reglas: (i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; (ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; (iii) **en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso (iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.**” (Subrayado y negrilla propio)

En sentencia T-027/2019, pregonaba la Corte constitucional en que las aseguradoras tienen la carga al momento de incurrir en la solicitud de la reticencia :

«( ... ) [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. «[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.

«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 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 asegurados» (Subrayado y negrilla propio)

Por su parte la Corte Suprema de Justicia en Sentencia STL4077-2022, indicó que:

Se ha dicho igualmente, que, por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, pueda catalogarse de faltar a la verdad, ya que, en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente, para que, se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos condiciones plasmadas en el escrito, por lo que, siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.

(...)Por el contrario, lo que se observa, como se dijo, es que simplemente obra en el formulario con una relación de posibles enfermedades graves y generales que puede sufrir cualquier persona; pero lo que es más grave, es que, para el sentenciador, eso no tiene importancia, ya que, según su criterio, el asegurado es quien está en la obligación de especificar cualquier eventualidad que conozca, sin imponerle obligación alguna al ente asegurador, esto es, avalando el sentenciador cualquier actuación de las entidades de este tipo para lograr las vinculaciones contractuales, sin ser cuidadosas en el tipo de riesgo que están asumiendo, o llevando a los deudores a impresiones y maniobras facilistas para que no informen su estado de salud, y cuando ocurra el siniestro, aquellas puedan anteponer una preexistencia para negar la cobertura y así alegar reticencia.

De manera que, por haber sido negligente la aseguradora al omitir la realización de los respectivos exámenes o diagnóstico del estado de salud de la actora, no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, aquella alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la deudora a la póliza de vida, con el agravante de que la historia clínica da cuenta de que el fallecimiento no tiene una relación directa con esas afecciones que se dejaron de informar, lo que puede ser constitutivo del énfasis de la buena fe al momento de la vinculación contractual y no la intención certera e inequívoca de engañar al organismo asegurador; como tampoco puede hablarse de mala fe, si como lo mencionó la propia aseguradora, todo demuestra que esas afecciones estaban siendo tratadas y controladas; de ahí, que tampoco se puede llegar hasta el extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y los cuidados para permitir el desempeño normal de las actividades cotidianas.

Por manera que, reitera la Sala, la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura.» (Subrayado y negrilla propio)

En la misma corporación ero en su sala de casación civil en Sentencia SC37991-2021, predicó:

“La pregunta a responder es si la prueba de la reticencia o inexactitud, sin más, era suficiente para decretar la nulidad relativa o implicaba demostrar algo adicional. En concreto, acreditar que el asegurador, de haber conocido la información en forma completa, se habría sustraído de celebrar el contrato o lo hubiera ajustado en términos distintos.

3.2.2. El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural». En el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de uberrima bonafidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su inmediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.

Ello, sin embargo, no significa una conducta totalmente pasiva del asegurador. Atendiendo su cariz profesional, el legislador comercial le insinúa proactividad. (...)

**(...) De tal modo que en la interpretación de la regla 1058 del Código de Comercio, tocante con la reticencia, los deberes de conducta frente a la buena fé son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete. Precisamente la ley las autoriza para proponer un cuestionario al tomador, y a partir del mismo, es cómo las profesionales del seguro deben tomar las acciones necesarias para determinar el estado del riesgo del tomador. (...)**

(...)Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. Ello ocurre, por una parte, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo (artículo 1058, in fine, del Código de Comercios], no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio asegurativo. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizoró para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente.

**Como tiene dicho esta Corporación, «no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intención del asegurador (...). De ahí que, en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento» 7• La nulidad relativa del seguro, por tanto, es excepcional. De manera alguna puede originarse en el conocimiento real o presunto de la aseguradora acerca del estado del riesgo. Tampoco cuando convalida o acepta los vicios en forma expresa o tácita. En esas hipótesis se entiende que cualquier posibilidad de engaño, no se ha consumado, sino que, por el contrario, se ha superado.**

De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador. Esto, porque como se anotó, no toda reticencia o inexactitud aflora en la nulidad del seguro. Algunas, al haberlas subsanado o aceptado en forma expresa o tácita luego de celebrar la convención. Otras, por cuanto conocidas, real o presuntamente, antes de ajustar el contrato, con todo, asintió la voluntad. Y las demás, al ser intrascendentes. Estas últimas, mientras no se demuestre su incidencia, ante la falta de otra explicación posible, debe seguirse que son nimias o insignificantes.” (Subrayado y negrilla propio)

Y concluye la Sala Civil en la Sentencia que *ut supra*, las condicionales que ha impuesto la jurisprudencia Constitucional sobre las obligaciones en los seguros de vida por parte de las Aseguradoras, indicando que:

3.2.7. Para finalizar, la respuesta al cargo por errónea interpretación del 1058 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta que ésta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios o estándares: **1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida 13. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, pro bar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; ¡siendo necesario demostrar esa relación consecuencia! de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador- beneficiario de la prestación asegurativa. Este punto, por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras. 5. La obligación de hacer una interpretación pro consumatore de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto, en diversos recursos de casación, como en materia de tutela.”**

**En el punto, recuérdese, que la Sala, así como la Corte Constitucional, han venido sosteniendo que como el contrato de seguros es de adhesión, y que en la actividad, la compañía ostenta posición dominante, los deberes son superiores.** (Subrayado y negrilla propio)

De esta manera su señoría, se ha constituido una doctrina probable y marco de precedentes constitucionales que regulan la reticencia en el contrato de seguro, la posición dominante del asegurador y la obligación de este en ejercer actividades proactivas al momento de investigar el estado verdadero del riesgo, y que ahora es la postura que maneja en la actualidad la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en beneficio y aplicación

la línea jurisprudencial constitucional y que invoca en el presente criterio de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia sobre la reticencia en el contrato de seguro, su posición dominante y la obligación que constituye como proactiva al momento de investigar el estado verdadero del riesgo, bajo **los criterios de**

**razonabilidad o proporcionalidad, señalando que deben prevalecer los derechos constitucionales sobre los pecuniarios, abogando por la solidaridad y protección de quienes se hallan en indefensión dentro de los actos jurídicos aseguraticios.**

De ello y bajo al caso que nos ocupa, la parte demandada alega una existencia de reticencia dentro del contrato de seguro denominado “Póliza de Grupo de Deudores No. 9940000000003”, alegando que el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA**, declaró de forma diferente el estado del riesgo, siendo este su obligación bajo el canon 1061 del Código de Comercio, sin que ello la Aseguradora haya ejercido una investigación preliminar y proactiva para la investigación del verdadero de estado del riesgo, es que ni siquiera ratifico la información plasmada en la solicitud de seguro, pues como se dijo en el escrito de la demanda, el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA** no declaró el verdadero estado del riesgo porque le fue vedado esa posibilidad por parte del **BANCO GNB SUDAMERIS**, quien su agentes administrativos fueron los que diligenciaron la solicitud individual para seguros de vida de grupo deudores, limitando establecer al señor **ARMANDO MARTINEZ** que eran documentos necesarios para renovar el crédito como lo venía haciendo con la compañía financiera.

Empero, a esta situación desfavorable y la buena fe de mi mandante, no recibió por parte de la Aseguradora alguna llamada para rectificar, correo u otro medio de contacto para ratificar la información establecida en la solicitud del seguro, tampoco se ejerció algún tipo de requerimiento por la misma aseguradora para que este remitiera copia de la historia clínica, exámenes actual o en su evento que se acercara las instalaciones de la compañía de seguros para que estos se les practicara, limitándose a ejercer una actitud silente a la investigación del estado del riesgo, el cual debía coparticipar al momento de ejercer el perfeccionamiento del contrato de seguro.

Actuaciones que constituyen la existencia de una incuria y negligencia por parte de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la cual traer como consecuencia que no pueda vociferar las consecuencias jurídicas de la existencia de unas patologías que supuestamente no le fueron informados, cuando la actitud de la misma fue negativa al recopilar información del estado del riesgo. Es por ello, que la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia SC3791-2021 ha venido pregonando sobre la ausencia de la investigación del riesgo, estableciendo:

**“Frente a la existencia de reticencias o inexactitudes, sin embargo, la sanción de nulidad relativa del seguro no necesariamente se impone. Ello ocurre, por una parte, cuando la aseguradora ha conocido o debió conocer el estado del riesgo [artículo 1058, in fine, del Código de Comercios], no obstante, lo cual, aceptó celebrar el negocio aseguraticio. En este caso se entiende que ninguna dificultad avizoró para otorgar el consentimiento. Y por otra, cuando después de celebrado el contrato la aseguradora se allanó a los vicios, expresa o tácitamente”**

De modo que no ocurre la figura predicada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuando en ello la asegurado ha conocido o **debido conocer el estado del riesgo**, que para este tipo especial de seguros, investigar ha sido validar la información, requerir la historia clínica, exámenes actuales o en su defecto ejercerle a través del cuerpo médico de la compañía unos exámenes propios, para así establecer su proactividad en el descubrimiento del estado del riesgo.

Conducta que es reprochable por la posición dominante en el mercado aseguraticio, es el experto ante los consumidores de resguardar los hechos asegurables y los que conocen tanto los pormenores y consecuencia jurídicas al momento del acaecimiento del siniestro. Por eso mismo, es que la compañía de seguro tenía la obligación de tener una actividad proactiva y no como el presente caso, que solo se limitó a expedir la póliza de seguro que a ello significa que estaba en la posición de haber conocido el verdadero estado del riesgo.

Por otra parte, como se explicó en líneas atrás la carga de la prueba de la reticencia recae en la Aseguradora, la cual debe constatar: (i) la buena fe exenta de culpa, es decir, con atención que el asegurador tenga **pesquisas o una acción proactiva para la determinación de las condiciones en que va celebrar Póliza de seguro**. (ii) demostrar la mala fe del tomador o del asegurado, no que solo indique que por existir preexistencia o limitación ya existe mala fe, sino que deberá a través de los medios probatorios establecer que hubo la existencia de un engaño o provecho a no declarar el verdadero estado del riesgo, (iii) La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el



sinistro; siendo necesario demostrar esa relación consecuencia de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. (iv) El deber y la posibilidad de ejercer exámenes médicos en el seguro de vida, pues resulta, un derecho fundamental del asegurado y es así como lo emana la Corte Constitucional **en sentencia T-832 del año 2010.**

En este criterio, la Aseguradora Solidaria descansa en solo radicar la existencias de una patologías que existían al momento del contrato de seguro y que aduce que de haberlas sabido se hubiese retrotraído o ejercerlo de forma más onerosa, dejando de la lado, como pregona la Corte Suprema de Justicia, de “ *los deberes de conducta frente a la buena fe son de doble vía, pero a la aseguradora le incumbe adoptar una conducta activa, para retraerse de la celebración del contrato o para estipular condiciones más onerosas, porque se trata de una buena fe calificada que por la posición dominante de las compañías aseguradoras al hallarse en mejores condiciones jurídicas, técnicas y organizacionales frente al usuario del seguro, también les compete.*” (SC3791-2021), muestra de que su proactividad no existe en el plenario y la cual carece de sentido que resalta o determine que existió una amalgama de circunstancia que la vieron impedidas a dar su consentimiento cuando la misma fue silente en la conducta precontractual, teniendo las posibilidades de ejercer un control e investigación, lo que se repercute a la aceptación tácita de cualquier enfermedad posibles que pudiese tener el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA** al momento de la perfeccionamiento del contrato de seguro.

Segundo, refuta que existió una mala fe por actuación dolosa o engañosa de mi prohijado en beneficio o provecho de la relación contractual, sin embargo, no señala en dónde subyace esas afirmaciones de cuál fue la conducta desplegada que se puede resaltar como dolosa, dejándolo entonces solo en lado especulativo.

Es de señalar que el artículo 835 del Código de Comercio establece que: “Se presumirá la buena fe, aún la exenta de culpa. Quien alegue la mala fe o la culpa de una persona, o afirme que ésta conoció o debió conocer determinado hecho, deberá probarlo.”, siendo entonces carga probatoria del demandado de derribar la presunción de legalidad de la buena fe, y que como se dijo mi prohijado no fue quien suscribió el documento de solicitud de seguro sino por parte de los administrativos del **BANCO GNB SUDAMERIS**, que le indicaron que se limitara a firmar para obtener el crédito solicitado, lo que también repercute una actuación de lealtad y buena fe objetiva que deben regir los contratos mercantiles.

Su señoría, en estos términos, dejó sentando que la Aseguradora de Colombia, al ser la compañía de seguro, deudora de los amparos solicitados, es claro que ha tomado una postulara, como es su *modus operandi* ante los consumidores, de tratar dilatar el pago efectivo de las sumas asegurables y así esquivar tanto su deberes y obligaciones precontractuales y contractuales al averiguar el verdadero estado del riesgo, más aun cuando la jurisprudencia le impone el deber de informarse, no solo con la militante de un cuestionario, sino que por contrario de que su desarrollo proactivo se verse en ratificar las información brindada, con ello para que no abuse de su posición dominante que cala en el principio de buena fe a un depurado comportamiento por parte de quien ostenta la posición de privilegio al perfeccionar, y ejecutar, y cumplir el contrato de seguro, y en suma constituye una barrera infranqueable de no abusar de la misma, con una actuación negligente y silente al momento de perfeccionar el contrato, y que en virtud de que sea así, ejercer todas las acciones referentes para evadir el cumplimiento de las obligaciones aseguraticias.

Es por ello, que la Corte Suprema de Justicia y Corte Constitucional, han radicado que en virtud a contratos de seguro se tenga que entender en principio proconsumatore el Derecho de Consumo será siempre interpretado de la forma más favorable para el consumidor debiendo ser objeto de interpretación estricta las excepciones a dichas normas. Entendiéndose que “*Por este límite, entendido como un elemento esencial del contrato de seguro, se entiende el apego estricto a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial. Por apego estricto y claridad se entienden, a su vez, dos aspectos: a) un deber general de respetar la pulcritud moral e intelectual y; b) un deber concreto de interpretación pro consumatore.*” (C.C., T-027/2019), a lo cual ante la inexistencia de las cargas probatorias, la inexistencia de mala fe de mi prohijado, la falta de deber de diligencia de la Aseguradora de Colombia y la consecuencia que ella retrae de estar en la posición de poder haber conocido las irregularidades al momento de contratar, ,me permito solicitar su señoría y con el máximo respeto, de que al

momento de dictar sentencia de primera instancia se rechace las excepciones de fondo **EXCEPCIONES DENOMINADA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE ASEGURADO - INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL - LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO - ASEGURADORA SOLIDARIA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO**, y, en su defecto, se aprueben cada una de las pretensiones incoadas en el libelo demandatorio.

- ✓ **A LA EXCEPCIÓN DENOMINADA FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 1073 C.CO EN RAZOJN A QUE LA INVALIDEZ INICIÓ A ESTRUCTURARSE CON ANTERIORIDAD A A SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO:**

El apoderado de la parte pasiva aduce que hay una existencia de cobertura en los lapsos temporales del contrato de seguro, pues la invalidez se materializo antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, además aduce que los amparos para que sean jurídicamente posibles tienen que suceder dentro de la vigencia de la Póliza, resultando indispensable que el riesgo asegurado se haya acaecido desde sus inicios dentro de los extremos temporales fijados en el contrato, se subsume que el tiempo de la póliza corría desde el 21 de febrero de 2021 con el desembolso de crédito y que la declaración de las patologías debían estar dentro de ese lapso temporal, de lo contrario no hay lugar a los amparos y resguardos contractuales.

Ante tal dable argumento, es de precisar en principio son las partes quien acuerdan la temporalidad y vigencia del contrato de seguro, salvo como pasa en las actuaciones aseguraticia el consumidor, beneficiario, asegurador o tomador se adhieren a las postulaciones redactadas dentro del contrato realizado por la compañía de seguro. En la a Póliza de Grupo de Deudores No. 9940000000003 expedida por la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, constituyó** una fecha de vigencia de 30-09-2023 a las 23:59 horas hasta 30-09-2021 a las 23:59 horas, constituyendo un lapso igual a 365 días, como podemos observar:



**Aseguradora Solidaria**  
de Colombia  
NIT: 860.524.654-6

**POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES**

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**8430001274**

**PÓLIZA No: 843 - 16 - 994000000003**  
**ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: 843 RAMO: 16

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
1	10	2020	30	9	2020	23:59	30	9	2021	23:59	365	30	9	2020
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		
TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO														

TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

al procedimiento

De esta manera, las franjas temporales no se constituyen al momento del desembolso de crédito como intenta predicar la parte demandada, sino que fue la misma que constituyo el lapso para predicar si en dicho tiempo si predica un siniestro amparado la compañía de seguro deberá responder.

Veamos que en el caso que nos ocupa la relación contractual entre la compañía de seguros **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** y **ARMANDO MARTINEZ PARRA** desde el 31 de Julio del año 2016, en dónde se expidió la “**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000001”, siendo la entidad **BANCO GNB SUDAMERIS** quien relleno el formulario de solicitud de la **PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000001”, indicándole a mi prohijado que su única obligación era firmar para asegurar su crédito de cualquier riesgo, sin que por parte de la entidad financiera tomadora del seguro, ni la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, una asesoría profesional, completa y exhaustiva sobre los efectos y alcance de las condiciones generales, amparos y exclusiones que cubrían el contrato de seguro, como la omisión de las advertencias y desventajas de las coberturas ofrecidas y los efectos jurídicos del contrato.

Pero la “**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000001”, fue renovada mediante la “**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000002”, con vigencia del treinta y uno (31) de Julio del año 2018 al treinta (30) de Septiembre del año 2020, que de igual forma fue renovado la vigencia del contrato de seguro, quedando resguardo el periodo del treinta (30) de Septiembre del año 2020 hasta el treinta (30) de Septiembre del año 2021 mediante la “**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** con radicado No. 994000000003”.

Es decir, la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, viene ejerciendo el resguardo del crédito a cargo de **ARMANDO MARTINEZ** y en beneficio del **BANCO GNB SUDAMERIS** desde el 31 de Julio del año 2016 y han venido prorrogando la vigencia del contrato hasta el 30 de septiembre del año 2021 que perduro cada una de las prórrogas del contrato de seguros, iniciadas de la “**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000001” hasta la “**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000003”.

Ya teniendo claro el temporal resguardado por los hechos asegurable a cargo de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, es de destacar cuando subyace o se origina la invalidez total y permanente del señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA**. Según el DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL expedida por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL TOLIMA** y como hecho notorio constitutivo de la historia clínica expedida por la Clínica de Ojos: “**EN SEPTIEMBRE DE 2020 PRESENTA UNA MOLESTIA OCULAR IZQUIERDA POR LO CUAL ARMANDO MARTINEZ ASISTE A VALORACIÓN OFTALMOLOGÍA QUIEN DIAGNOSTICA CATARATA, REQUIRIENDO MANEJO QUIRÚRGICO CON VITRECTOMÍA POSTERIOR MAS FACOEMULSIFICACIÓN DE CATARATA MÁS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR MAS ACEITE DE SILICÓN MAS ENDOLÁSER EN EL OJO IZQUIERDO.**”

POSTERIORMENTE PRESENTA MÚLTIPLES INTERVENCIONES Y EN MARZO DE 2021 DESPRENDIMIENTO DE RETINA DEL OJO DERECHO, REQUIRIENDO MANEJO QUIRÚRGICO COMO COMPLICACIÓN HEMORRAGIA VÍTREA Y DETERIORO DE LA AGUDEZA VISUAL DE OJO DERECHO.”

Es decir, el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA**, asiste a valoración oftalmológico en razón que de una molestia en uno de sus ojos para septiembre del año 2020 y que fue dictaminado como catarata, teniendo que posteriormente ser intervenido quirúrgicamente bajo esa patología y que para marzo de 2021, tiene desprendimiento de la retina del ojo derecho el cual tuvo que requerir de manejo quirúrgico y luego complicaciones de hemorragia *vítrea* y deterioro por agudeza visual.

Resumen médico, que se tiene de la Historia Clínica de Clínica de Ojo, constituyéndose cuando nació la molestia y fue la resaltada por la misma **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL TOLIMA**, para constituir la invalidez de mi prohijado, resumiendo así:

“14/11/2020 OFTALMOLOGIA - Dr. Boris Josue Bajaire Paciente que asiste a control. EF: Lente en cámara anterior, iridectomía superior, leves pliegues corneales. OD: Membrana proliferantes nasales al disco con levantamiento localizado, resto de retina aplicada. OI: Proliferación fibrovascular, con formación en trampolín entre la AVTSI leve líquido subretinal alrededor de desgarro retinal temporal grande resto de retina totalmente aplicada. DX: Z488-Otros cuidados especificados posteriores ala cirugía. H334 - Desprendimiento de la retina por tracción. Z961-Presencia de lentes intraoculares. H408 - Otros glaucomas.

05/12/2020 OFTALMOLOGIA - Dr. Boris Josue Bajaire IDX: Primer día de POP recambio de aceite de silicón + membranectomia + endolaser ojo izquierdo. Sin quejas oculares. EF: Fondo de ojo: OD: Proliferantes fibrovasculares que producen desprendimiento traccional en la arcada vascular temporal superior, y nasal al disco sin amenaza macular. OI: Retina aplicada con sangrado en el polo posterior, agujeros bloqueados con laser. DX: H334-Desprendimiento de la retina por tracción. Z488-Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía

30/01/2021 OFTALMOLOGIA - Dr. Jorge Raul Ordoñez Primer día POP lavado de cámara anterior de ojo izquierdo, sin quejas oculares. EF: OI: Indirecto. DX: Z488-Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía.

13/03/2021 OFTALMOLOGIA - Dr. Boris Josue Bajaire IDX: 1 día POP vitrectomía posterior + extracción extracapsular asistida de cristalino + inserción de lente intraocular en cámara posterior del ojo derecho. Sin quejas oculares. EF: Cornea

*transparente, pliegue en desemet 1+, lio en cámara anterior, burbuja de silicona en cámara anterior. OI: Sin dilatar, directo retina totalmente aplicada. DX: Z540-Convalecencia consecutiva a cirugía. H358-Otros trastornos especificados de la retina.*

*10/04/2021 OFTALMOLOGIA - Dr. Boris Josue Bajaire IDX: 1-Primer día de POP de retiro de lente intraocular ojo izquierdo. 2 - 28 días vitrectomía posterior + extracción extracapsular asistida de cristalino + inserción de lente intraocular en macara posterior del ojo derecho. Refiere sensación de punzadas ojo izquierdo. Antecedentes: Personales: Diabetes, ultima glicemia hoy 134 mg/dl. Qx: Herniorrafia umbilical, peritonitis, brazo derecho. Farmacológicos: Insulina. EF: Pseudofaquia bien, micro coagulo en cámara anterior en resolución, afaquia. OI: Sin dilatar, directo retina totalmente aplicada. DX: Z540-Convalecencia consecutiva a cirugía. H270-Afaquia. Z961-Presencia de lentes intraoculares.*

*15/05/2021 OFTALMOLOGIA - Dr. Boris Josue Bajaire Asiste a control, pop 1 mes 5 días pop retiro de lente intraocular ojo izquierdo. POP vitrectomía posterior + extracción extracapsular asistida de cristalino + inserción de lente intraocular en cámara posterior del ojo derecho (12/03/2021). EF: Pseudofaquia bien, hifema grado I, OD: Hemorragia vítrea activa flotante que impide ver detalles del fondo de los vasos retinianos. OI: Retina totalmente aplicada. DX: H431-Hemorragia del vítreo. H270-Afaquia. Z961-Presencia de lentes intraoculares.*

*03/06/2021 OFTALMOLOGIA - Dra. Marcela Suleid Rojas Asiste a control, POP lavado de cámara anterior ojo derecho (29/05/2021) con antecedente de POP vitrectomía posterior + extracción extracapsular de cristalino + inserción de lente intraocular"*

Teniendo esto de presente y el resguardo de cada Póliza de Seguros de Vida, que se había venido actualizando y prorrogando del año 2016, no puede pretermitir que el hecho dañoso venía siendo estructurado antes del tiempo asegurable y menos cuando la estructuración de hecho si ejerció dentro del lapso y vigencia de la Pólizas de Seguro, que vuelve y se reiteran iban de: (i) **PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000001" inicio el 31 de Julio del año 2016, que luego fue renovada mediante la "**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** apostillado con el radicado No. 994000000002", con vigencia del treinta y uno (31) de Julio del año 2018 al treinta (30) de Septiembre del año 2020, y que de igual forma se prorrogó su vigencia del contrato de seguro, quedando resguardo el periodo del treinta (30) de Septiembre del año 2020 hasta el treinta (30) de Septiembre del año 2021 mediante la "**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** con radicado No. 994000000003".

De esta manera, al estructurarse el siniestro a fecha de 03/06/2021 (data la cual se resaltó la materialización de invalidez por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL TOLIMA**), se tiene que el hecho asegurable si estaba dentro del tiempo en que la aseguradora estableció "tiempo de cobertura", por lo cual solicito su señoría desechar la excepción denominada **FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTICULO 1073 C.CO EN RAZOJN A QUE LA INVALIDEZ INICIÓ A ESTRUCTURARSE CON ANTERIORIDAD A A SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO**, y en su lugar se accedan a la suplicas de la demanda.

✓ **A LA EXCEPCIÓN FALTA DE COBERTURA MATERIAL DEL CONTRATO DE SEGURO AL ESTAR ANTE RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE AMPARO:**

El apoderado judicial de la parte pasiva, solicita que existen una exclusión dentro del régimen del amparo de **INCAPACIDAD TOTAL Y/O PERMANENTE**, esto es, que existan enfermedades preexistentes al momento de contratar el seguro y por ello no amerita el pago del hecho resguardado.

Ante tal apreciación, es de guiarnos que se entiende primero por exclusiones del contrato de seguro y segundo dónde deben reposar para que esta se válidamente, del lugar no serán oídas.

Primero, las exclusiones son aquellos hechos en los cuales la Aseguradora establece que no amerita a resguardarse dentro del amparo asegurado, constituyéndose como elementos, sucesos o circunstancias las cuales están excluidas la cual no compromete a la aseguradora pagar el siniestro, dado que, el mismo fue descartado dentro del contrato de seguro.

Sin embargo, estos hechos o exclusiones al amparo asegurado no pueden estar en cualquier documento, sino de acuerdo a los lineamientos del numeral 2 literal A y C del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el artículo 1.2.1.2 de la Parte II -TITULO IV - Capitulo II de la Circular básica Financiera de la Superintendencia de Financiación No. CE 029 de 2014, las cuales establecen que deben estar consignadas en de manera ininterrumpida y de carácter destacado desde la primera página de la Póliza de seguro.

Esto, con el fin de que la posición dominante del mercado que tiene las compañías de seguro no establezcan a su antojo exclusiones adicionales a señaladas dentro de la póliza de seguro. Pero entonces, ¿en dónde debe consignarse?

Ante este interrogante que fue de gran debate entre la doctrina y jurisprudencia, la Corte Suprema de Justicia en Sentencias: STC del 25 de Julio de 2013 – Exp. 2013 – 01591, STC 514 –2015, STC – 17390 -2017, STC 9895 – 2025, STC – 12213 – 2021 y **unificando todo este criterio en Sentencia SC 2879 – 2022 – Exp. 2018-728-4501**, estableció que las exclusiones “recae únicamente sobre las exclusiones que no se presenten de manera continua a partir de la primera página de las **Condiciones Generales aplicables al contrato de seguro**”, y aquellas que no consignen serán ineficaces al momento de su suplica.

Teniendo esto en cuenta, resulta que la excepción alegada su señoría no consigna en las condiciones generales aplicables al contrato de seguro, pues al leer el documento consignan:

**“1.2.1.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

1.2.1.4.1 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO.

1.2.1.4.2 CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.

1.2.1.4.3 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

1.2.1.4.4 SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES MOTORAS SECUNDARIAS A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y LAS DERIVADAS POR TRASTORNOS MENTALES (PSIQUIÁTRICOS).

1.2.1.4.5 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

1.2.1.4.6 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

1.2.1.4.7 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

1.2.1.4.8 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES”

Por lo que si no existe dentro del texto la exclusión de preexistencia como alega la parte demandada dentro del clausulado de las condiciones generales del seguro de forma continua e interrumpida no puede haber lugar a escucharse el ataque de la defensa, pues no ha prosperar si no cumple con las exigencias normativas y jurisprudenciales de su posición que en tantas sentencias se ha venido recapitulando y ahora como precedente de la **Sentencia SC 2879 – 2022 – Exp. 2018-728-4501**, que dijo:

**“3.3. Exigencias normativas respecto a la consagración de las exclusiones contractuales.**

El artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -que recoge lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 45 de 1990-, establece los requisitos de las pólizas de seguro, en los siguientes términos:

«2. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;

b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles,

y c. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza».

Teniendo en cuenta que la norma establece la necesidad de que las coberturas y exclusiones figuren en la primera página de la póliza, los instrumentos normativos derivados del EOSF, a saber, las Circulares Externas expedidas por la Superintendencia Financiera en su función de inspección, vigilancia y control de la actividad aseguradora,

han puntualizado que aquellas deben figurar a partir de la primera página, de manera continua y destacada, privilegiando la interpretación que mejor se ajusta a la voluntad de las partes y a las necesidades de conocimiento e información del consumidor, con lo cual se cumple la finalidad de estas disposiciones, que no es otra que propender porque los eventos amparados y los que se encuentran excluidos sean conocidos, fácilmente identificables y comprensibles por el asegurado, impidiendo que se aleguen después limitaciones consignadas de manera aislada, sorpresiva, inconexa o en la llamada letra menuda. En esa vía, la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera (CE 029 de 2014) (...)

“(…) Así las cosas, con base en las anteriores consideraciones la Corte unifica su posición, en el sentido de definir la adecuada interpretación de la norma sustancial bajo estudio, esto es, del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, conforme a la cual, en sintonía con las disposiciones de la Circular Jurídica Básica de la Superintendencia Financiera de Colombia, en las pólizas de seguro los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida. Ahora bien, con el propósito de aquilatar la hermenéutica de la norma en cuestión, debe recordarse que, conforme lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio, se denomina póliza al documento que recoge el contrato de seguro. Esta póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las condiciones particulares del artículo 1047 ibídem y las advertencias de mora establecidas en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem.

En ese sentido, se insiste en que el ordenamiento mercantil diferencia con claridad la carátula de la póliza de la póliza misma, y que, dada esa distinción, no cabe sostener que la regla del precepto 184 del ESOF debe cumplirse incluyendo los amparos básicos y las exclusiones, «en caracteres destacados» en la referida carátula.

**Cuando la norma en cita alude a «la primera página de la póliza» debe entenderse que se refiere a lo que esa expresión significa textualmente, es decir, al folio inicial del clausulado general de cada seguro contratado, pues es a partir de allí donde debe quedar registrado, con la claridad, transparencia y visibilidad del caso, uno de los insumos más relevantes para que el tomador se adhiera, de manera informada y reflexiva, a las condiciones negociales predispuestas por su contraparte: la delimitación del riesgo asegurado.**

En ese entendido, procede la Corte a analizar los cargos formulados por la aseguradora llamada en garantía en contra de la sentencia de segundo grado” (Subrayado y negrilla propio)

De esta manera su señoría no es admisible escuchar la defensa alegada, pues como se avizora en el escrito de las condiciones generales del seguro, no se encuentra este hecho de exclusión y por tanto, a los lineamientos de la jurisprudencia patria debe ser desechado al momento de dictar sentencia.

✓ **A LA EXCEPCIÓN FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**

Antes de señalar y contradecir el argumento planteado por la parte demandada, es menester preguntarnos, si no está legitimado el asegurador sobre la incapacidad total y permanente, ¿quién si lo está?, ¿una entidad ficticia?, como lo son las personas jurídicas, de este modo abro paso que la excepción no está fundada a prosperar por falta de lógica de la misma.

Ahora bien, el apoderado judicial de la parte demanda establece que hay una falta de legitimación en causa para respecto del amparo de incapacidad total y permanente dado que, en virtud de lo pactado en el contrato de seguro, el único beneficiario de este amparo es el Banco GNB Sudameris y no el asegurado. Ello por cuanto, debido al objeto mismo de este tipo de contrato de seguro, es lógico que quien reciba este amparo sea el Banco para cubrir el saldo insoluto del crédito.

En este sentido, ¿Qué es la legitimación en causa?, y, ¿de dónde proviene con la naturaleza del derecho invocado de la presente *litis*?, en *prima facie*, la legitimidad para actuar dentro de un proceso judicial es la relación jurídica - sustancial que existe entre el supuesto hechos alegado del proceso y las normas jurídicas que amparan el derecho base de reclamo o su posible declaración, de manera que, es propia del debate procesal, como quiera que se relaciona con el derecho que se pretende con las calidades los sujetos, ora por activa o pasiva, bien porque formulan las pretensiones (activa) o porque se oponen a ellas (pasiva).

No obstante, entre la legitimación en la causa puede estribar en dos tipos: (i) la *legitimatio ad causam* referida en algunos de los extremos de la litis, que surge a través de la controversia y así como con los derechos y obligaciones que se pretendan o se excepcionen y la legitimación procesal -*legitimatio ad processum*- que es la aptitud legal para comparecer y actuar en el proceso.

A su vez, la jurisprudencia la honorable Corte Suprema de Justicia en sentencias reiteradas ha precisado el alcance que tiene esta figura jurídico procesal, de lo cual es de traer a colación la Sentencia **STC-1135 de 2018**, con ponencia de **ARIEL SALAZAR RAMÍREZ**, en dónde establece que:

**“La «legitimación en la causa» como presupuesto indispensable para la procedencia de la pretensión, es decir, como condición de la acción judicial, ha sido considerada una cuestión propia del derecho sustancial, pues alude a la materia debatida en el litigio.**

*La prosperidad de la pretensión depende, entre otros requisitos -ha dicho la Sala- de que «se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado...» (CSJ SC, 14 Ago. 1995, Rad. 4628, reiterado en CSJ SC, 26 Jul. 2013, Rad. 2004-00263-01 y en SC16669-2016, rad. 11001-31-03-027-2005-00668-01).*

Según **Hernando Devis Echandía**, la legitimación en la causa, está constituida por «las condiciones o cualidades subjetivas, que otorgan a la facultad jurídica de pretender determinadas declaraciones judiciales con fines concretos, mediante una sentencia de fondo o mérito, o para controvertirla», las cuales se refieren a la relación sustancial debatida.

**Con base en lo anterior, la legitimatio ad causam en el demandante se define como «la titularidad del interés materia del litigio y que debe ser objeto de sentencia (procesos contenciosos) o del interés por declarar o satisfacer mediante el requisito de la sentencia (procesos voluntarios)», y respecto del demandado es «la titularidad del interés en litigio, por ser la persona llamada a contradente a la cual permite la ley que se declare la relación jurídica material objeto de la demanda (procesos contencioso ejecutivos, de condena, declarativos o de declaración constitutiva)».**

*Esta Sala ha sostenido que el mencionado requisito para la sentencia de fondo estimatoria de la pretensión, se identifica con la titularidad del derecho sustancial, de ahí que haya sostenido que «si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor» (CSJ SC, 14 Ago. 1995, Rad. 4628; CSJ SC, 26 Jul. 2013, Rad. 2004-00263-01).*

A ese criterio, **se adiciona otro reconocido por el ordenamiento jurídico, en virtud del cual se aceptan como legitimados en un proceso sujetos que no son titulares del derecho o de la relación jurídica sustancial objeto del proceso, situación que se conoce como legitimación extraordinaria, en la que está comprendida la sustitución procesal que, según el procesalista nacional citado, supone «la titularidad parcial del interés en litigio, en razón de que su interés personal en la relación jurídica que debe ser objeto de la sentencia de la cual es sujeto otra persona (el sustituido, deudor de la acción pauliana, por ejemplo), se encuentra vinculado al litigio».**

*Esa figura da lugar a la acción oblicua, en la que el acreedor ejerce su derecho auxiliar de perseguir la satisfacción de su crédito, que el Código Civil autoriza en los artículos 862, 1295, 1441, 1445 y 1451 y 2026, y a ella aluden los preceptos 375 (num. 2) y 493 del Código General del Proceso, así como la Ley 791 de 2002 (arts. 1 y 2).*

Los terceros a quienes la ley reconoce una legitimación extraordinaria –dice Rocco- «están autorizados para pretender en nombre propio la declaración de certeza o la realización coactiva de dichas relaciones jurídicas, conjunta o paralelamente, o con exclusión y en sustitución, de los verdaderos sujetos de las relaciones jurídicas sustanciales», de modo que «puede ocurrir que en ciertas y particulares relaciones jurídicas, cuando otro sujeto tenga un interés igual, o preeminente, en la realización de la relación sustancial, incluso frente al verdadero titular de ella, la ley procesal da el derecho de acción a dicho sujeto, precisamente en consideración a aquel interés» (el subrayado no es del texto).

De modo que la legitimación en la causa por la parte actora se admite en la titularidad de los intereses materia de litigio y que debe ser objeto en la resolución que dirima de fondo la controversia, pues es el ordenamiento jurídico que le otorga la titularidad del interés jurídico que le permite declarar, extinguir, afectar, exigir o modificar la relación jurídica por medio de la tutela judicial. Es por ello que la *legitimatio ad causam* no es un presupuesto procesal, ya que es objeto de análisis; mientras que la *legitimatio ad processum* “*si constituye un presupuesto procesal y su falta configura un vicio de nulidad que compromete el procedimiento y la sentencia que llegue a dictarse*”

Sin embargo, el ordenamiento jurídico admite que por medio un tercero que no son titulares del derecho o la relación sustancial pueda incoar y perseguir el derecho en cabeza de la parte por legitimación extraordinaria, en que comprendida en una titularidad parcial en el litigio, “*en razón de que su interés personal en la relación*

*jurídica que debe ser objeto de la sentencia de la cual es sujeto otra persona (el sustituido, deudor de la acción pauliana, por ejemplo), se encuentra vinculado al litigio”*

Teniendo esto de presente, y bajo la acción de prevalencia, las acciones derivadas del contrato de seguro (declarativas o ejecutivas), permiten que las partes creadoras del contrato se legitimen en causa para demandar bajo la tutela judicial efectiva amparar sus derechos que encabezan en su titularidad.

De ello deviene, cuales son las partes del seguro en la presente póliza del caso bajo examen: (i) El asegurador: **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** - (ii) El asegurado: **ARMANDO MARTINEZ** y (iii) Tomador: **BANCO GNB SUDAMERIS**.

De esta manera, la *legitimatío ad causam* en los procesos de seguros, se desenvuelve a los alcances ordinarios y extraordinarios, el primero, al existir un interés jurídico en cabeza del reclamante, *verbigratia*, cuando el asegurado del seguro o su beneficiario hace la reclamación del seguro ante la aseguradora y esta guarda silencio dentro del mes que tiene para objetar o ejercer la indemnización de los riesgos asegurables. O extraordinaria cuando un tercero tiene el interés parcial sobre el cumplimiento del contrato aseguraticio, como pasa en que el beneficiario del seguro fallece, pero sus herederos acogen el derecho de litigio, también frente la subrogación, cuando en una póliza de seguros de daños, un tercero le paga al beneficiario los derechos prestacionales dentro de la póliza, lo legitima para que pueda reclame el seguro y su defecto que este sea negativa por la aseguradora, reclame vía tutela judicial.

Bajo este postulado, la Corte Suprema de Justicia, en sentencia de 19 de diciembre de 2006, Expediente No.68001 31 03 001 2000 00311 01 ha determinado que la legitimación en causa en el contrato de seguro, es:

*Legitimidad en la causa por activa (...) En el contrato de seguro, cualquiera que sea su especie, intervienen el tomador, el asegurador, el asegurado y el beneficiario; los dos primeros lo hacen en su condición de partes, en tanto y cuanto son quienes concurren a intercambiar las expresiones de voluntad que dan origen al negocio jurídico y, por ende, asumen las obligaciones quede él dimanen (artículo 1037 del C. de Comercio); mientras que a los restantes a detenerseles como interesados en los efectos económicos del contrato.*

*Esta Corporación, al referirse a los sujetos que pueden intervenir en contrato de seguro, puntualizó que las normas que regulan dicha convención distinguen “entre el tomador, la persona-natural o jurídica- que, como parte del contrato, figuradamente traslada los riesgos al asegurador -persona jurídica-, que los asume -en sentido amplio- a cambio del pago de una determinada prima (art.1037 C. de Co.); el asegurado, titular del interés asegurado -en los seguros de daños-, esto es, del vínculo -o relatio - que tiene con el bien jurídico amenazado in potentia, por la realización del riesgo cubierto (arts.1045,numeral 1º, 1083 y 1137 ib. Vid. cas. civ. 21 de marzo de 2003, exp.6642), y el beneficiario -en su carácter prototípico de titular creditoris -, persona a quien se le atribuye, legal o convencionalmente, a título oneroso (como en los seguros de daños) o gratuito (como en los seguros de personas), el derecho a reclamar y recibir la prestación asegurada, una vez que se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en los casos en que ello sea necesario, claro está (arts.1077 y 1080 ib.).*

*El asegurado y el beneficiario, aunque interesados en el contrato, no son -ni serán-partes del negocio jurídico en comento, al contrario de lo que ocurre con el tomador, quien privativamente inviste dicho carácter, precisamente por ser el contratante -mejor aún cocontratante del asegurador” (sentencia de 16 de septiembre de 2003,exp.6704). Puede ocurrir, sin embargo, que el tomador obre “por cuenta propia” o que lo haga “por cuenta ajena”, tal como lo autoriza el artículo 1037 del Código de Comercio.*

*En el primer caso, es tangible que contrata el seguro para proteger su propio interés sobre la cosa asegurada o sobre el objeto amenazado; mientras que en el segundo, ajusta el contrato para cubrir un interés asegurable ajeno, precisamente el que tiene un tercero en la cosa asegurada o a la cual están vinculados los riesgos objeto del contrato, según se colige de los artículos 1039 a 1042 ibídem que regulan dicha modalidad decontratación. (...)”*

Así, se tiene que, la legitimación en la causa dentro del proceso de seguros es amplia y no se limita en las partes del contrato o beneficiario del seguro, sino que adiciona a una pluralidad de terceros que tienen la *“titularidad parcial del interés en litigio, en razón de que su interés personal en la relación jurídica que debe ser objeto de la sentencia de la cual es sujeto otra persona (el sustituido, deudor de la acción pauliana, por ejemplo), se encuentra vinculado al litigio”*. Además de regir como principio rector los intereses asegurables acordados, para determinar a quien encabeza.



En este horizonte, en el momento de materialización del riesgo, que se denomina siniestro es responsabilidad del asegurador en términos del artículo 1073 y 1079 de la codificación en cita de responder por el derecho de prestación de los intereses asegurables. Que de acuerdo con el artículo 1077 le incumbe al asegurado o en su defecto al beneficiario, afectar el seguro, comprobando el siniestro y su cuantía. En sujeción de la naturaleza de los contratos de seguro de personas - vida se le impone la legitimación en causa primero al asegurado pues este es quien sufre las consecuencias de los hechos asegurables o en su defecto directamente por el beneficiario del crédito como resalta el artículo 1147 del Código de Comercio y no solo limitarlo al beneficiario del crédito, de lo contrario se esperaría que el banco ejerciera todas las actuaciones para poder conseguir el amparo e imposibilitar el ejercicio de acción al asegurado, que por lógicas razones es el que sufre en su patrimonio y en su persona el siniestro.

De lo contrario, el Banco dejaría de vencer la acción del seguro, pues a ella solo le importa es obtener el pago de crédito, sea por vía directa del deudor o por medio de la compañía de seguro si se llegare a materializar el siniestro y si a esta primera se le antoja ejercer las acciones.

Situación su señoría que no puede pretermirse como quiere hacerlo valer la parte demandada, teniendo clara legitimación en causa por activa en aras que tiene el interés sustancial a la satisfacer las pretensiones incoadas en la demanda, más aun cuando es parte contractual de la **“PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** con radicado No. 994000000003”, al ser asegurado de los amparos constitutivos del contrato de seguro.

Por otra parte, se legitima al ser el tercero subrogado de la póliza, pues viene cumpliendo el crédito sin falta de pago, lo que constituye que al declararse su existencia pueda como lo viene haciendo por esta acción de recobrar los valores pagados desde el momento que constituyó el siniestro.

En este axioma, no solo la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debería pagarle al **BANCO GNB SUDAMERIS** el saldo insoluto de la deuda a la hora que salga sentencia condenatoria, sino que también deberá pagar al demandante todas y cada una de las cuotas que ha sufragado desde el momento en que se materializo el siniestro, es decir, desde tres de junio del año 2021 hasta la actualidad.

En tanto a tener la legitimación en caso como asegurado, y como parte pagando en subrogación del seguro, es menester que se deseche la excepción presente y se acceda a suplicas incoadas en la demanda.

✓ **A LA EXCEPCIÓN DENOMINADA, EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO:**

Alega la parte demandada que en el evento de ser condenado por la administración de justicia esta *“no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada”*.

Si bien es cierto, el artículo 1079 del Código de Comercio establece que *“El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.”*, ha de recalcar que también es responsable a los términos del canon 1080 de las sumas: *“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.*

*El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.*

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.”

Es decir, además de la suma asegurada o por así indicarlo la máxima suma aseguradora, también deberá ejercer el pago de los intereses moratorios constitutivos de la falta de pago a partir de mes siguiente en que se ejerció la reclamación del seguro o en su defecto aquellos perjuicios que este le haya generado el incumplimiento.

Al respecto del caso en que nos ocupa se pretendió en la demanda:

CONCEPTO DE LA PRETENSIÓN EN CUESTIÓN DE CONDENA	VALOR
Por el concepto del <b>AMPARO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</b> , que corresponde el valor del Saldo Insoluto del crédito No. 106681366, el cual es titular la entidad Financiera <b>BANCO GNB SUDAMERIS</b> .	Por la suma de <b>CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CERO DIECISÉIS PESOS MONEDA CORRIENTE (\$51.386.353)</b> con corte al día 10 de junio del año 2023, Según consta en la tabla de amortización del crédito.
Por el concepto del <b>RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</b> , que corresponde a un valor mensual de <b>TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTES (\$318.0000)</b> , por un periodo máximo de seis (6) meses desde la estructuración del siniestro.	Por la suma de <b>UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.908.000)</b> , por los seis (6) meses desde la estructuración del siniestro los cuales se encuentran ya causados.
Por la restitución y reembolso de las sumas canceladas por el señor <b>ARMANDO MARTÍNEZ PARRA</b> en destino a satisfacer el crédito No. 106681366, desde la fecha de estructuración del siniestro (03 de junio de 2021) hasta que se haga efectivo el pago.	El valor cancelado por el señor Armando, desde la fecha de estructuración del siniestro 03 de junio de 2021 a fecha de 10 de junio de 2023, se estiman en <b>SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON OCHENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$6.936.367,88)</b> , sin perjuicio de los valores que se cancelen a posteriori de la presente demanda.
Por los intereses moratorios de las sumas aseguradas (artículo 1080 C.co)	Sin cuantificar hasta que no salga sentencia - se constituyen desde el veintiséis (26) de mayo de 2023 hasta que se verifique el coste total de la suma asegurada.

De esta manera, la Aseguradora Solidaria es responsable por la suma asegurada, que viene siendo la constitutiva del canon 1077 del Código de Comercio, que son a título del caso en concreto la estipulada en las condiciones generales, que es: “EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO POR LA SUMA EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DEL DICTAMEN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.” esto únicamente para el efecto del amparo del siniestro, que deberá cancelar en dirección del **BANCO GNB SUDAMERIS** la suma del saldo insoluto de la deuda al momento de cancelar, pero sin perjuicio del pago por subrogación.

Así, se tiene que determinar que el pago por subrogación se da cuando una persona paga al acreedor lo que debe el deudor y se convierte a partir de ese momento en un nuevo acreedor. Y así poder solicitar ante la aseguradora satisfaga cada uno de los valores cancelados posterior a la fecha de materialización del siniestro, es decir, sumadas canceladas al **BANCO GNB SUDAMERIS** en destino de satisfacer el crédito (03 de junio de 2021). (artículos 1666 -1667 - 1668 y 1670 del Código Civil)

Por su parte, también debe de ejercerse en tenor de los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, en beneficio por **RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, que corresponde a un valor mensual de **TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS MONEDA CORRIENTES (\$318.0000)** por un periodo máximo de seis (6) meses desde la estructuración del siniestro, los cuales se encuentran ya causados. Los cuales a partir del 26 de mayo de 2023 en beneficio al asegurado - **ARMANDO MARTIENEZ PARRA**, se tenga que conceder los intereses

moratorios igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

De esta forma su señoría, no solo esta brindado a reconocer los pagos reconocidos por la “**PÓLIZA DE VIDA GRUPO DE DEUDORES** con radicado No. 994000000003”, sino también aquellas que legitima al accionante por acreedor como subrogado y los intereses moratorios constitutivos del artículo 1080 del C.co.

✓ **A LA EXCEPCIÓN DENOMINADA EL BENEFICIARIO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ES ÚNICAMENTE EL BANCO GNB SUDAMERIS:**

Señoría el apoderado de la parte demandada alega que el único beneficiario del amparo por **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** es únicamente beneficiario **EL BANCO GNB SUDAMERIS** y no en destino el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA**, que como consecuencia a una condena esta solo es admisible pagarle a la entidad financiera y no cancelar ningún rubro económico al asegurado frente a este amparo.

Si bien es cierto su señoría que el beneficiario de este amparo aseguraticio es la entidad bancaria y además la legitima en el artículo 1147 del Código de Comercio para que pueda ejercer por derecho propio el reclamo de la suma asegurada cuando el siniestro ocurra con el deudor del crédito.

La aseguradora omite que el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA** por la incuria y negligencia de la compañía de seguro ha venido cancelado el crédito No. 106681366 a favor de la entidad financiera **BANCO GNB SUDAMERIS**, debido que se le descuenta de manera automática por el pagador **CASUR** la suma de **OCHOCIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$815.245)** mensuales.

Ejercicio de pago que ha tenido el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA** lo constituya como acreedor por pago por subrogación, que la legislación civil en su canon 1666 lo define como: “*La subrogación es la transmisión de los derechos del acreedor a un tercero, que le paga.*”, el cual al caso que nos ocupa se entiende como un subrogado legal constitutiva de causal 3 del artículo 1668 *ibidem*, que dice: “*3o.) Del que paga una deuda a que se halla obligado solidaria o subsidiariamente.*”, y que afecto de ello, se trae como consecuencia jurídica de que el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA** se convierta en acreedor de todo los derechos, acciones y privilegios, prendas\* e hipotecas del antiguo, así contra el deudor principal, como contra cualesquiera terceros, obligados solidaria y subsidiariamente a la deuda, pero con la limitación del parágrafo 2 del canon 1070 del *ejusdem*, que dice: “*Si el acreedor ha sido solamente pagado en parte, podrá ejercer sus derechos relativamente a lo que se le reste debiendo, con preferencia al que solo ha pagado una parte del crédito.*”

Postulados anteriores que ha sido compartido por la Sala de Casación Civil en Sentencia SC5569-2019, que dice:

*“6.8.6. En forma adicional se alude a la existencia de una subrogación. Esta institución permite reemplazar un derecho real (cosa), un derecho personal o una posición contractual en una relación obligacional o negocial. El caso debatido, se relaciona con la subrogación crediticia, sin embargo, esta es una modalidad de pago desde la perspectiva del crédito, que transmite los derechos del acreedor inicial a otra nueva persona que se subroga al pagar, de tal modo, que quien subentra en la relación jurídica paga al acreedor lo que debe el deudor, para asumir la condición de nuevo acreedor. En el fondo es una cesión de la relación crediticia activa, tal cual se infiere del art. 1666 del Código Civil colombiano, cuando expresa: “La subrogación es la transmisión de los derechos del acreedor a un tercero, que le paga”, pudiendo ser legal o convencional. Esta última, es justamente similar a la cesión de crédito, al requerir aceptación voluntaria del acreedor del pago que le efectúa de la deuda un tercero, a quien el acreedor le “subroga voluntariamente en todos los derechos y acciones que le correspondan (art. 1669), pero además, demandando la notificación del deudor cedido, para su oponibilidad; mientras la subrogación legal propiamente tal, esta de pleno derecho prevista por las disposiciones sustantivas, sin necesidad de noticiamiento (art. 1667 del Código Civil).”*

De esta manera el señor **ARMANDO MARTINEZ PARRA**, al ser deudor directo del crédito No. 106681366 a favor de la entidad financiera **BANCO GNB SUDAMERIS**, constituye una subrogación legal al ser un pago de una deudor subsidiariamente, cuando ya se había constituido el siniestro al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio, legitimando entonces que se le reconozca las sumas canceladas que ha

venido ejerciendo posterior a la fecha de estructuración del siniestro, es decir, desde el 03 de Junio del año dos mil veintiuno.

Por ende, aquella suplica exceptiva no ha de prosperar señor Juez y sea admisible el reconocimiento del *petitum* invocado en la demanda.

En estos términos señora Juez dejó mi oposición a las excepciones de mérito alegadas por la parte demandada.

No siendo otro el particular

Cordialmente,



**DIANA MARCELA BARBOSA CRUZ**  
**C.C. No. 38.143.353 de Ibagué – Tolima**  
**T.P. No. 172.592 del C.S.J.**