



Señor(a)

JUEZ NOVENO (9) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

cmpl09bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

Referencia.

Asunto:	Traslado de Excepciones de Merito
Proceso:	Verbal de Menor Cuantía – Declarativo de R.C.C.
Demandante:	SANDRA ORTEGA MARTINEZ
Demandado:	EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.
Radicado:	110014003009-2024-01548-00

GABRIEL MAURICIO PORRAS CHÁVES, mayor de edad y vecino de Bucaramanga, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, en mi calidad de apoderado del extremo demandante, por medio del presente escrito me permito **DESCORRER TRASLADO DE LAS EXCEPCIONES DE MERITO** propuestas por el extremo demandado en los siguientes términos:

1. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA “FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA INVALIDEZ DE LA SEÑORA SANDRA ORTEGA, EN LA MEDIDA DE QUE NO SE AMPARAN LAS PÉRDIDAS DE CAPACIDAD LABORAL DE LOS ASEGURADOS QUE NO CUMPLAN CON EL PERIODO MÍNIMO DE PERMANENCIA – APLICACIÓN PERIODO DE CARENCIA.”

En efecto el artículo 1056 del Código de Comercio prevé la potestad del Asegurador en “delimitar el riesgo” y una forma de hacerlo es mediante los denominados “periodos de carencia”, sin embargo, esta limitación temporal a la cobertura del seguro otorgado debe ser previamente informado y explicado por parte del Asegurador al Asegurado, entregándole copia de las condiciones.

Así lo ha sentenciado la Superintendencia Financiera de Colombia en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales cuando dentro del proceso radicado 2018-1205 2018079255 señaló:



“En el presente proceso, comoquiera que la entidad demandada, como fundamento de la objeción alegó que el siniestro ocurrió en vigencia del periodo de carencia, le correspondía acreditar la entrega de las condiciones y del clausulado a la demandante, acreditando que le informó la existencia de un periodo de carencia. Al respecto, de conformidad con la confesión de la entidad demandada de no tener como demostrar la entrega de las condiciones, encontró la Delegatura acreditado que al demandante no se le dio información cierta, veraz y oportuna al momento de su incorporación al seguro, ni se le hizo entrega del clausulado aplicable al producto que al que se vinculó con la compañía de seguros, particularmente las contentivas del periodo de carencia. Se accedió al pago de la indemnización denegado la prosperidad de las excepciones.”

En el caso de marras, la Compañía Aseguradora no ha demostrado y no demostrará que le explicó a la señora **ORTEGA MARTINEZ** la multicitada “CLAUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIA” la cual contempla un “periodo de carencia” de ocho (8) meses.

Por el contrario, se demuestra y demostrará que esta cláusula pactada y conocida única y exclusivamente entre la COOPERATIVA COOPROFESORES y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., jamás fue informada ni explicada a mi poderdante y mucho menos le fueron entregadas las condiciones particulares de la póliza en donde se le señalará que ahí estaba dicha “exclusión”.

Ahora bien, no puede tenerse como prueba la proforma en la cual se señala en la sección de “AUTORIZACIONES ESPECIALES Y DECLARACIONES” por cuanto la misma parte del principio que mi representada la firma de buena fe con la convicción de que los Asesores de la Cooperativa y delegados por la Aseguradora si le han brindado toda la información, pues son ellos los profesionales en el ramo financiero y de seguros, no la señora **ORTEGA MARTINEZ**.

Finalmente se reitera que la **ORTEGA MARTINEZ** fue totalmente clara y transparente en informar sobre su estado del riesgo, informándole que se encontraba en proceso de calificación de invalidez y que padecía de depresión y ansiedad, así como que padecía de Fibromialgia y de Hipotiroidismo, pero fue el propio Asesor de la Cooperativa y delegado por la Aseguradora quien le dijo que eso no era relevante, que solo se debía informar el proceso de calificación y la depresión, lo cual generaría una “extraprima”.

De manera que, muy amablemente le solicito al Despacho rechazar esta excepción y conceder las pretensiones de la demanda.





2. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA “NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.”

Sorpresivamente alega en este momento la Compañía Aseguradora una presunta nulidad relativa por considerar que su consentimiento fue viciado al no declararse el estado real del riesgo, léase estado de salud de la señora **ORTEGA MARTINEZ**.

Sin embargo, la supuesta nulidad relativa no ha de proceder por las dos razones que exponemos a continuación:

2.1. Deber de demostrar si la presunta reticencia tiene la entidad suficiente para producir la nulidad relativa del contrato de seguro.

Debe la Aseguradora demostrar que la presunta información omitida o reticencia alegada tiene la entidad suficiente para anular relativamente el contrato y para ello debe la Aseguradora probar con sus notas técnicas que determinada situación está fuera de apetito de riesgo o, incluso estando dentro de ello, que se hace más oneroso.

En el caso en contrato, el extremo demandado hace unas suposiciones de que el HIPOTIROIDISMO la habrían retraído totalmente de otorgar el seguro o, por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, pero no prueba ni lo uno ni lo otro.

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la Asegurada, la señora Sandra Ortega Martínez, fue reticente, debido a que, en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, solo declaró padecimiento médico de depresión/ansiedad, omitiendo declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora la totalidad de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como el hipotiroidismo. Que, de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Pero a pesar de ese supuesto, lo que en la realidad ocurrió fue que mi poderdante fue totalmente clara y transparente en informar sobre su estado del riesgo, informándole que se encontraba en proceso de calificación de invalidez y que padecía de depresión y ansiedad, así como que padecía de Fibromialgia y de Hipotiroidismo, pero fue el propio Asesor de la





Cooperativa y delegado por la Aseguradora quien le dijo que eso no era relevante, que solo se debía declarar el proceso de calificación y la depresión, lo cual generaría una "extraprima", lo cual nos lleva al siguiente punto.

2.2. La nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la información no se aplica cuando la Aseguradora debió conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración.

Señala el inciso cuarto del artículo 1058 del Código de Comercio que "Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente".

Y es que en el caso que nos ocupa claramente **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.** conoció la enfermedad del hipotiroidismo lo cual fue informado por mi poderdante, pero fue el propio Asesor de la Cooperativa y delegado por la Aseguradora quien le dijo que eso no era relevante, que solo se debía declarar el proceso de calificación y la depresión, lo cual generaría una "extraprima"

Y aun así, sí la Compañía Aseguradora pretende desconocer esta realidad, lo que no se puede obviar es que en el formulario de declaración de asegurabilidad la señora **ORTEGA MARTINEZ** declaró que se encontraba en proceso de calificación de invalidez y que padecía de depresión y ansiedad, frente a lo cual la Aseguradora debió inspeccionar con más profundidad el riesgo y solicitar historia clínica o practicar exámenes médicos, so pena de asumir así el riesgo tal y como se ha señalado por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia de Casación SC167-2023, Radicación n.º 760013103017 2019 00025 01, M.P. MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ, donde la Corte Suprema de Justicia reafirmó las subreglas de interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, señalando:

"4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad



y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; **(ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó;** (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; **(xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente.** (Negrita y subraya nuestra)

4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se





presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo. (Negrita y subraya nuestra)

Tesis reafirmada por la Corte Constitucional en Sentencia T 379 de 2022, a saber:

“79. Si bien el adquirente debe declarar su condición de salud, “la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo”, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad. Justamente, “la Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora”, pues, de un lado, “en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades” y, de otro lado, al ser “la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”, la aseguradora es quien puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”.

80. Este deber “no se sule con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías” o con la simple imposición de un cuestionario predeterminado, anexo a la póliza. Para cumplir con este deber sustantivo, tanto al momento de la celebración del contrato como de manera previa a sus renovaciones, las entidades financieras y aseguradoras pueden acudir, entre otras, a alguna de las siguientes alternativas para conocer el estado del riesgo: (i) realizar exámenes médicos, (ii) solicitar exámenes, certificados médicos recientes o copia de la historia clínica, o (iii) consultar directamente la historia clínica, para lo cual requiere autorización. En todo caso, cualquiera de ellas u otras alternativas igualmente idóneas para lograr el cumplimiento de aquel deber sustantivo, deben ser comunicadas al adquirente, con el fin de que este tenga la posibilidad de aportar el instrumento que considere idóneo para dar cuenta de sus reales circunstancias de salud o conferir la autorización para la consulta de sus registros y, de tal forma, declarar el estado del riesgo en las condiciones prescritas por la compañía, caso en el cual podrá la compañía aseguradora pactar las condiciones del contrato a que hubiere lugar o no asumir el riesgo, pero no podrá posteriormente aplicar las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio. Para tales efectos, en el cuestionario o formato que elaboren, las aseguradoras deberán incluir las instrucciones y exigencias o precisiones que consideren indispensables para el cumplimiento de su obligación de debida





diligencia y transparencia, de lo cual, en todo caso, deberá quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador."

De manera que, muy amablemente le solicito al Despacho rechazar esta excepción y conceder las pretensiones de la demanda.

3. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA "INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL."

Contrario al criterio desactualizado expuesto por el apoderado de la parte demanda, en la etapa pre-contractual del seguro, la Compañía Aseguradora no puede ser una simple observadora, ni desempeñar un rol pasivo frente al riesgo que se le pone de presente asumir.

La **jurisprudencia contemporánea** ha evolucionado señalando que el Asegurador, como Profesional en Administración de Riesgos, debe asumir un rol activo indagando sobre el riesgo que se le propone y desplegando las acciones necesarias para conocer, previo a la asunción del riesgo, los hechos o circunstancias que lo rodean, más aún cuando las mismas pretende esgrimir como presunto vicio del consentimiento.

En este sentido, la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, se han pronunciado recientemente en múltiples sentencias, entre otras:

En Sentencia de Casación SC167-2023, Radicación n.º 760013103017 2019 00025 01, M.P. MARTHA PATRICIA GUZMÁN ÁLVAREZ, la Corte Suprema de Justicia reafirmó las subreglas de interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, señalando:

"4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución; (iv) la declaración



sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; **(ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó;** (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; **(xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente.** (Negrita y subraya nuestra)

4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo. (Negrita y subraya nuestra)



Esta misma tesis es compartida por la Corte Constitucional reiteradamente en las sentencias T-118 de 2000, T-171 de 2003, T-271 de 2006, T-152 de 2006, T-832 de 2010, T-751 de 2012, T-086 de 2012, T-342 de 2013, T-902 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-393 de 2015, T-316 de 2015, T-570 de 2015, T-058 de 2016, T-024 de 2016, T-609 de 2016 y T 379 de 2022, entre otras.

En la Sentencia T 379 de 2022 la Corte Constitucional señaló:

“79. Si bien el adquirente debe declarar su condición de salud, “la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo”, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad. Justamente, “la Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora”, pues, de un lado, “en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades” y, de otro lado, al ser “la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”, la aseguradora es quien puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”.

80. Este deber “no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías” o con la simple imposición de un cuestionario predeterminado, anexo a la póliza. Para cumplir con este deber sustantivo, tanto al momento de la celebración del contrato como de manera previa a sus renovaciones, las entidades financieras y aseguradoras pueden acudir, entre otras, a alguna de las siguientes alternativas para conocer el estado del riesgo: (i) realizar exámenes médicos, (ii) solicitar exámenes, certificados médicos recientes o copia de la historia clínica, o (iii) consultar directamente la historia clínica, para lo cual requiere autorización. En todo caso, cualquiera de ellas u otras alternativas igualmente idóneas para lograr el cumplimiento de aquel deber sustantivo, deben ser comunicadas al adquirente, con el fin de que este tenga la posibilidad de aportar el instrumento que considere idóneo para dar cuenta de sus reales circunstancias de salud o conferir la autorización para la consulta de sus registros y, de tal forma, declarar el estado del riesgo en las condiciones prescritas por la compañía, caso en el cual podrá la compañía aseguradora pactar las condiciones del contrato a que hubiere lugar o no asumir el riesgo, pero no podrá posteriormente aplicar las





sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio. Para tales efectos, en el cuestionario o formato que elaboren, las aseguradoras deberán incluir las instrucciones y exigencias o precisiones que consideren indispensables para el cumplimiento de su obligación de debida diligencia y transparencia, de lo cual, en todo caso, deberá quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador."

Y en el más reciente pronunciamiento del pasado 26 de octubre de 2023 mediante Sentencia STC12031-2023, M.P. FRANCISCO TERNERA BARRIOS, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil reiteró los criterios antes señalados.

Para el caso *sub lite*, la Compañía **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.** fue negligente pues no inspeccionó el riesgo que se le puso de presente por parte de la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** ya que en ningún momento le requirió copia de la historia clínica o la práctica de algún examen médico, teniendo la posibilidad y el deber de hacerlo, máxime que la señora **ORTEGA MARTINEZ** informó todos sus padecimientos de salud y declaró que se encontraba en proceso de calificación de invalidez.

Así las cosas, se solicita muy amablemente desecharse esta excepción y conceder las pretensiones formuladas en la demanda.

4. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA "LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO."

Esta argumentación en sí misma no es una excepción, pero el objeto de la misma merece ser tenido en cuenta como argumento para reforzar los argumentos.

El contrato de seguro esta gobernado por el principio de buena fe, lo cual ha sido pilar en el comportamiento de mi representada. Y tan así es, que la señora **ORTEGA MARTINEZ** desde el primer momento en que se acercó a la Cooperativa a tomar el crédito y, consecuentemente el seguro de vida, declaró abierta y transparente su estado real de salud, confiando en que el Asesor de la Cooperativa y delegado por la Aseguradora fuera diligente, perito y actuara de la misma manera.

Así las cosas, se solicita muy amablemente desecharse esta excepción y conceder las pretensiones formuladas en la demanda.





5. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA "EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO."

No ha de prosperar esta excepción por cuanto no prosperarán las demás excepciones, conforme se ha expuesto a lo largo de este documento.

6. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA "PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO – APLICACIÓN ARTÍCULO 1081 DEL C.CO."

Señala el extremo pasivo que ha operado la prescripción ordinaria en contra de mis representados, argumentando que la misma inició su conteo desde la fecha de elaboración del dictamen y de estructuración de la pérdida de capacidad laboral, esto es, **16 de septiembre de 2022**.

Ciertamente, el artículo 1081 del Código de Comercio que regula la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro señala en su inciso tercero que *"La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción."* Consideración subjetiva, de conocimiento real o presuntivo.

Respecto de mi representada, el término de dos (2) años de prescripción de la acción ordinaria empezó a correr a partir del **28 de septiembre de 2022**, fecha en la cual se le notifica el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral

Floridablanca, Septiembre 28 de 2022

Docente
SANDRA ORTEGA
CC. 51.893.401
L. C.

Referencia: Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral

Adjunto hago entrega del Concepto de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, realizada el día **16 de Septiembre de 2022** por el medico Laboral, **Dr. MIGUEL ANGEL VERTEL CAMACHO** con un porcentaje **87%** de origen **LABORAL**, por lo cual debe ser pensionado por Invalidez de acuerdo al decreto 1655/2015.





Y no como equivocadamente lo señala el extremo demandado, pues ¿cómo va a conocer el hecho que da base a su acción, entiéndase la pérdida de capacidad laboral, si ni siquiera se le han notificado?

Al respecto el doctrinante Alejandro Barrera Monje, en el libro SEGUROS – TEMAS ESENCIALES de la Universidad de la Sabana- Facultad de Derecho y ECOE Ediciones, Tercera Edición, señala:

“En concepto de quien escribe estos temas, para el asegurador privado la fecha de realización del riesgo no podría ser otra diferente a aquella de la “calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral”, sea ésta dada por cualquiera de las Juntas de Calificación, o por profesional médico particular, o por cualquiera de las entidades o profesionales debida y legalmente autorizadas para calificar invalidez. Desde ese momento es que el individuo calificado “se encuentra oficial y legalmente inválido” ya que con ello está demostrando la ocurrencia del hecho asegurado. Se unen aquí dos temas relacionados con el siniestro, el primero la demostración de la ocurrencia del hecho asegurado y el segundo la fecha de ocurrencia del mismo.

Es importante precisar que bajo la extensión de Incapacidad Total y Permanente, el riesgo que asume el asegurador privado es ese estado de Invalidez Total y Permanente y no la enfermedad o accidente causante del tal condición.”

Sin embargo, la Aseguradora está pasando por alto la suspensión del término en favor de la demandante en virtud a la radicación de la solicitud de audiencia de conciliación extrajudicial el día **09 de septiembre del 2024**, conforme lo preceptuada por el artículo 56 de la Ley 2220 de 2022, a saber:

“ARTÍCULO 56. SUSPENSIÓN DEL TÉRMINO DE CADUCIDAD O PRESCRIPCIÓN. La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que suscriba el acta de conciliación, se expidan las constancias establecidas en la presente ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses, o la prórroga a que se refiere el artículo 60 de esta ley, lo que ocurra primero.

Esta suspensión operará por una sola vez y será improrrogable.”



De manera que el término de prescripción se suspendió por diecinueve (19) días, reiniciándose su conteo el **03 de octubre del 2024** fecha en la cual se llevó a cabo la audiencia de conciliación que resultó fracasada y se expidió la constancia correspondiente.

Es decir, se contaban con diecinueve (19) días más para radicar la demanda, la cual fue efectivamente radicada el **09 de octubre de 2024**, estando pues dentro de los términos de prescripción conforme la norma comercial y no como equivocadamente lo señala el demandado, al considerar que la demanda se presentó el 02 de diciembre de 2024, pues olvida el extremo demandado que la demanda fue remitida por competencia desde el Juzgado Civil Municipal de Bucaramanga al Juzgado Civil Municipal de Bogotá.

Lo anterior se evidencia en el correo de radicación de la demanda y el acta de reparto de la misma, calendados el **09 de octubre de 2024**.

9/10/24, 9:22

Correo de Porras Roa Colectivo de Abogados - RADICACION DEMANDA DECLARATIVA MENOR CUANTIA SANDRA ORTEGA vs E...



Gabriel Mauricio Porras Chavez <gmporras@porrasroa.com>

**RADICACION DEMANDA DECLARATIVA MENOR CUANTIA SANDRA ORTEGA vs
EQUIDAD VIDA**

1 mensaje

Gabriel Mauricio Porras Chavez <gmporras@porrasroa.com>

9 de octubre de 2024, 9:18

Para: ofjudsbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co, notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop,
soma944@hotmail.com

Señores

JUEZ CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA - REPARTO

E. S. D.

Referencia.

Asunto: Demanda
Proceso: Verbal de Menor Cuantía – Declarativo de R.C.C.
Demandante: SANDRA ORTEGA MARTINEZ / C.C. 51.893.401
Demandado: EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. / N.I.T. 830.008.686-1



REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Fecha: 09/oct/2024 Página 1
 CORPORACION GRUPO VERBALES (DE MENOR CUANTIA)
 JUZGADOS MUNICIPALES DE BUCARAMANGA CD. DESP SECUENCIA: FECHA DE REPARTO [mm/dd/aaaa]
 REPARTIDO AL DESPACHO 019 98545 9/10/2024 2:32:53PM

JUZGADO DIECINUEVE CIVIL MUNICIPAL

IDENTIFICACION	NOMBRE	APELLIDO	SUJETO PROCESAL
51893401	SANDRA	ORTEGA	01 *--
91518805	GABRIEL MAURICIO	PORRAS CHAVEZ	03 *--

אזהרה: המידע המוצג כאן אינו מהווה ייעוץ משפטי או תחליף ליועץ משפטי. ייתכן שתמצאו פירוט בדף האינטרנט של משרדנו.

C21001-OJ02X11

CUADERNOS 1

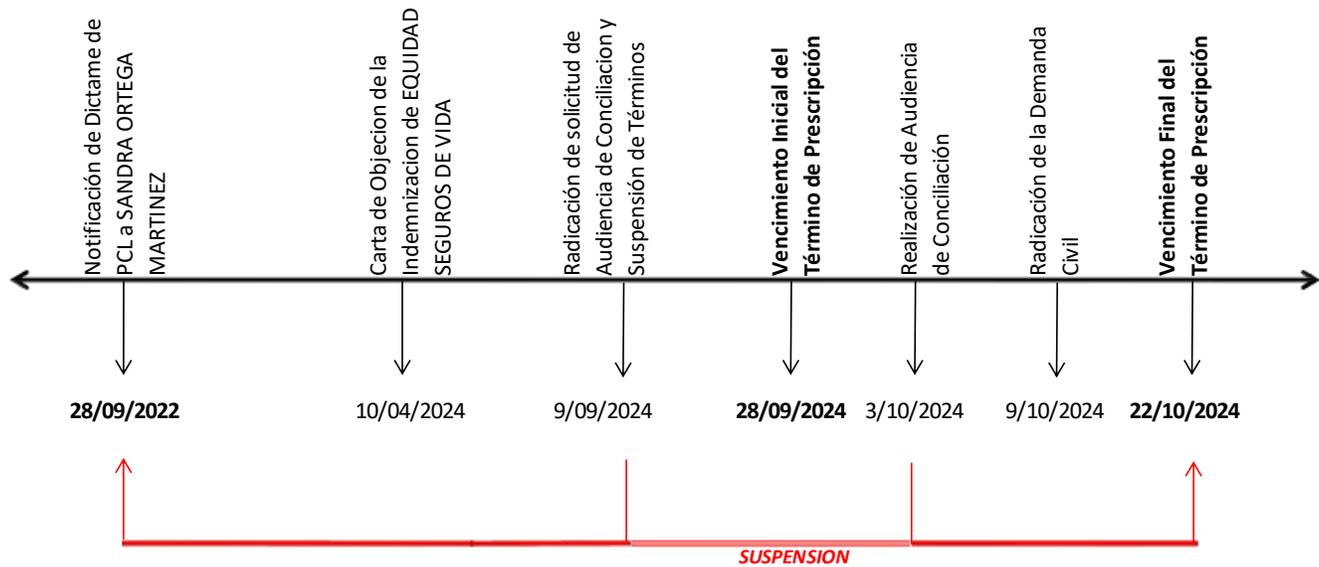
JOchoaV

FOLIOS

EMPLEADO

OBSERVACIONES

Para graficar lo anterior me permito presentar la siguiente línea de tiempo, que nos permite ver con claridad los argumentos presentados:



Con fundamento en lo anterior no debe prosperar la excepción planteada por el aquí demandado, ya que la demanda si interpuso dentro del término legal establecido para ello.



7. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR NO. AA010866.”

Alega genéricamente la Aseguradora demanda unas exclusiones que no tienen relación directa con el objeto del debate judicial, razón por la cual solicito de plano ser desechada esta excepción.

No obstante, esta oportunidad sirve para precisar el alcance de las exclusiones pactadas de cara al consumidor financiero y asegurador.

En los contratos de seguro de vida grupo deudor, el margen de negociación realmente es nulo, pues el tomador del crédito, quien a su vez funge como asegurado en el seguro colectivo tomado por la entidad financiera, simplemente se adhiere a las condiciones generales y particulares acordadas entre el Banco y la Aseguradora.

Es por ello, que la Ley exige de tiempo atrás que las pólizas sean redactadas de tal forma que permitan al consumidor financiero conocer claramente la vigencia del seguro, los amparos y, especialmente, las **exclusiones** aplicables, veamos:

El artículo 44 de la Ley 45 de 1990 señala:

“Artículo 44. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

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

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

3. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.” (Negrita y subraya nuestra)

Por su parte, el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, a saber:





ARTICULO 184. REGIMEN DE POLIZAS Y TARIFAS.

1. Modelos de pólizas y tarifas. <Numeral modificado por el artículo 42 de la Ley 795 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> La autorización previa de la Superintendencia Bancaria de los modelos de las pólizas y tarifas será necesaria cuando se trate de la autorización inicial a una entidad aseguradora o para la explotación de un nuevo ramo.

En concordancia con lo dispuesto por el artículo 2o. de la Ley 389 de 1997, los modelos de las pólizas y sus anexos deberán enviarse a la Superintendencia Bancaria para su correspondiente depósito, en las condiciones que determine dicho organismo.

No obstante, lo anterior la autorización previa de la Superintendencia Bancaria será necesaria cuando se trate de la autorización inicial a una entidad aseguradora o de la correspondiente para la explotación de un nuevo ramo.

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. (Negrita y subraya nuestra)

3. Requisitos de las tarifas. Las tarifas cumplirán las siguientes reglas:

a. Deben observar los principios técnicos de equidad y suficiencia;

b. Deben ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad, y



- c. *Ser el producto del respaldo de reaseguradores de reconocida solvencia técnica y financiera, en aquellos riesgos que por su naturaleza no resulte viable el cumplimiento de las exigencias contenidas en la letra anterior.*

4. Incumplimiento de exigencias legales. *La ausencia de cualquiera de los anteriores requisitos será causal para que por parte de la Superintendencia Bancaria se prohíba la utilización de la póliza o tarifa correspondiente hasta tanto se acredite el cumplimiento del requisito respectivo o, incluso, pueda suspenderse el certificado de autorización de la entidad, cuando tales deficiencias resulten sistemáticas, aparte de las sanciones legales procedentes."*

Lo anterior, en concordancia con el Literal c) del artículo 3 y el Literal c) y f) del artículo 7 de la Ley 1328 de 2009 (Régimen de Protección al Consumidor Financiero), que señalan:

"ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS. *Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, los siguientes:*

(...)

c) **Transparencia e información cierta, suficiente y oportuna.** *Las entidades vigiladas deberán suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas."*

"ARTÍCULO 7o. OBLIGACIONES ESPECIALES DE LAS ENTIDADES VIGILADAS. *Las entidades vigiladas tendrán las siguientes obligaciones especiales:*

(...)

c) *Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado.*

(...)





f) *Elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación. Copia de los documentos que soporten la relación contractual deberá estar a disposición del respectivo cliente, y contendrá los términos y condiciones del producto o servicio, los derechos y obligaciones, y las tasas de interés, precios o tarifas y la forma para determinarlos.*

En virtud de lo anterior, las **exclusiones** deben ser precisas, específicas y taxativas, no teniendo cabida los textos genéricos ni ambiguos, los cuales se consideran como una cláusula abusiva y, por ende, ineficaz, sin perjuicio del principio de interpretación *pro-consumatore* plasmado en el artículo 1624 del Código Civil:

"ARTICULO 1624. <INTERPRETACION A FAVOR DEL DEUDOR>. *No pudiendo aplicarse ninguna de las reglas precedentes de interpretación, se interpretarán las cláusulas ambiguas a favor del deudor.*

Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella."

Concordante con el artículo 34 de la Ley 1480 de 2011.

"ARTÍCULO 34. INTERPRETACIÓN FAVORABLE. *Las condiciones generales de los contratos serán interpretadas de la manera más favorable al consumidor. En caso de duda, prevalecerán las cláusulas más favorables al consumidor sobre aquellas que no lo sean"*

Así mismo, fundamento la presente demanda en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, quien, en múltiples fallos de tutela, como, por ejemplo, en Sentencia T-751 del 2012, se ha pronunciado respecto de cláusulas y exclusiones pactadas en los contratos de seguros, a saber:

"(...) Cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante



la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro.

4.7. Sin embargo, desde la otra orilla de la relación, la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo.

*4.8. Por tales razones, en concepto de esta Corporación, **cuando las cláusulas no definen de manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura.*** (Negrita y subraya fuera del texto original)

8. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA "EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO."

En efecto, como en derecho corresponde fallar en el presente proceso, la responsabilidad de la Aseguradora se encuentra limitada al valor asegurado.

Sin embargo, además del valor asegurado y pretendido en esta demanda, la Aseguradora también debe ser condenada al pago de los intereses moratorios conforme el artículo 1080 del Código de Comercio y a las costas y agencia en derecho.

Teniendo en cuenta que (i) las excepciones de fondo propuestas por la sociedad demandada están llamadas a fracasar, (ii) que el Contrato de Seguro de Vida Grupo ha surtido plenos efectos jurídicos; (iii) que mi poderdante acreditó oportunamente la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida conforme lo señalado por el artículo 1077 del Código de Comercio y (iv) que la objeción de la aseguradora nunca surtió ningún efecto real, debe Su Señoría reconocer los intereses moratorios instituidos en el artículo 1080 del Código de Comercio, a saber:





“ARTÍCULO 1080. <PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS>.*<Inciso modificado por el parágrafo del Artículo 111 de la Ley 510 de 1999. El nuevo texto es el siguiente:> El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún 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.”

Intereses moratorios causados desde el **19 de abril de 2024** y hasta cuando se verifique el pago total de las obligaciones.

9. FRENTE A LA EXCEPCION DENOMINADA “EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DEL CONTRATO DE SEGURO ES LA COOPERATIVA DE PROFESORES – COOPROFESORES.”

Ciertamente en el seguro de vida objeto de la presente lid el beneficiario oneroso es la Cooperativa COOPROFESORES hasta el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la realización del riesgo de incapacidad total y permanente.

Sin embargo olvida el extremo demandado, con el paso del tiempo dicho va variando en la medida que mi poderdante realiza el pago de las cuotas del crédito, de modo que al momento de proferirse sentencia se deberá tener en cuenta el valor de **CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS UN MIL CIENTO TREINTA PESOS MCTE (\$51.601.130 MCTE)** tal y como se expuso en la demanda, pero su distribución se realizará conforme al saldo de la deuda en favor de la Cooperativa en ese momento y, pagándose la diferencia o remanente a la señora **ORTEGA MARTINEZ.**





De no ser así, se incurriría en un enriquecimiento sin causa para la Cooperativa COOPROFESORES al recibir más del valor que realmente se le deba en el futuro o, en favor de la Cooperativa al no pagar el valor de la deuda al momento del acaecimiento del riesgo asegurado.

PETICIONES.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho rechazar estas excepciones y acceder a las pretensiones de la demanda.

PRUEBAS ADICIONALES

Testimoniales.

Solicito señor(a) Juez que se sirva decretar y practicar los siguientes testimonios:

✦ A la señora **ANA MARIA MACIAS**, funcionaria de la la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, para que declare sobre los hechos que le consten, particularmente los relativos a las condiciones de tiempo, modo y lugar en que se suscribió la solicitud de crédito y solicitud de seguro de vida grupo deudores pues ella como Asistente de Oficina a conocido todas las quejas e inconformidades que ha presentado la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** con ocasión del seguro que se demanda.

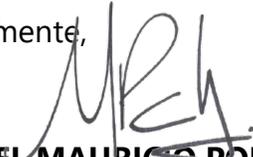
La señora **MACIAS** podrá ser citada a través del suscrito o a la Calle 39 # 23 – 81 de la ciudad de Bucaramanga o al correo electrónico: notificaciones@coopprofesores.com.

✦ A la señora **SILVIA BELTRÁN**, funcionaria de la la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, para que declare sobre los hechos que le consten, particularmente los relativos a las condiciones de tiempo, modo y lugar en que se suscribió la solicitud de crédito y solicitud de seguro de vida grupo deudores pues ella como Directora de Oficina a conocido todas las quejas e inconformidades que ha presentado la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** con ocasión del seguro que se demanda



La señora **BELTRÁN** podrá ser citada a través del suscrito o a la Calle 39 # 23 – 81 de la ciudad de Bucaramanga o al correo electrónico: notificaciones@cooprofesores.com.

Atentamente,



GABRIEL MAURICIO PORRAS CHAVES

C.C. 91.518.805

T.P. 151.364 del C.S.J.

gmporras@porrasroa.com

— M —

