

Señores

JUZGADO SESENTA CIVIL MUNICIPAL

E.

S.

D.

Proceso: Responsabilidad Civil

Demandante: LUIS FERNANDO MEDINA MARIÑO Y OTROS

Demandado: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO

Referencia: 11001400305320230040200

Asunto: Descorre de la contestación de la demanda y excepciones

ENRIQUE BUELVAS GALVÁN, mayor de edad, vecino y domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., abogado titulado e inscrito, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.010.219.807 de Bogotá D.C. y portador de la tarjeta profesional número 33.069 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de los señores **LUIS FERNANDO MEDINA MARIÑO**, colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con cedula de ciudadanía No. No 80.036.504; **SANDRA PATRICIA MEDINA MARIÑO**, colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con cedula de ciudadanía No 52.587.130; **NANCY ADRIANA MEDINA MARIÑO**, colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C, identificado con cedula de ciudadanía No 52.338.373; **MARTHA CECILIA MEDINA MARIÑO**, colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C, identificado con cedula de ciudadanía No 35.500.723; **DIANA MARCELA MEDINA MARIÑO**, colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C, identificado con cedula de ciudadanía No 52.814.582; **WILSON HERLIDES GÓMEZ**, colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C, identificado con cedula de ciudadanía No 8.046.651; en calidad de herederos del señor **VÍCTOR HUGO MEDINA ÁVILA**, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 17.083.456, (en adelante “los Demandantes”) dentro del proceso de la referencia, de la manera más respetuosa, procedo a descorrer la contestación de la demanda y las excepciones promovidas por el extremo demandado, en los siguientes términos:

I. Oportunidad

Teniendo en cuenta que el trámite previsto para las excepciones fue contemplado en el Artículo 443 del Cogido General del Proceso, en los siguientes términos:

“ Artículo 443. Trámite de las excepciones. El trámite de excepciones se sujetará a las siguientes reglas:

- 1. De las excepciones de mérito propuestas por el ejecutado se correrá traslado al ejecutante por diez (10) días, mediante auto, para que se pronuncie sobre ellas, y adjunte o pida las pruebas que pretende hacer valer.*
- 2. Surtido el traslado de las excepciones el juez citará a la audiencia prevista en el artículo 392, cuando se trate de procesos ejecutivos de mínima cuantía, o para audiencia inicial y, de ser necesario, para la de instrucción y juzgamiento, como lo disponen los artículos 372 y 373, cuando se trate de procesos ejecutivos de menor y mayor cuantía.*

Cuando se advierta que la práctica de pruebas es posible y conveniente en la audiencia inicial, el juez de oficio o a petición de parte, decretará las pruebas en el auto que fija fecha y hora para ella, con el fin de agotar también el objeto de la audiencia de instrucción y juzgamiento de que trata el artículo 373. En este evento, en esa única audiencia se proferirá la sentencia, de conformidad con las reglas previstas en el numeral 5 del referido artículo 373. (...)”

Ahora, el trámite previsto fue complementado por el párrafo del Artículo 9 de la Ley 2213 de 2022, en el cual se establece que:

“PARÁGRAFO. Cuando una parte acredite haber enviado un escrito del cual deba correrse traslado a los demás sujetos procesales, mediante la remisión de la copia por un canal digital, se prescindirá del traslado por Secretaría, el cual se entenderá realizado a los dos (2) días hábiles siguientes al del envío del mensaje y el término respectivo empezará a contarse cuando el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje.”

Se tiene que, tomando en consideración de que la contestación de la demanda junto con las excepciones promovidas por la apoderada del extremo demanda, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., fue allegada el pasado veintisiete (27) de noviembre de 2023, el término para descorrer este traslado iniciaría su conteo a partir del día treinta (30) de noviembre de 2023, dando por culminado los dos (2) días hábiles previstos por el párrafo del artículo 9 de la Ley 2213 de 2022 y extendiéndose por diez (10) días hábiles hasta el día quince (15) de diciembre de la misma anualidad.

II. Descorre al pronunciamiento sobre las pretensiones de la demanda

Teniendo en consideración lo manifestado por la apoderada de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.CO mediante el memorial remitido el pasado veintisiete (27) de noviembre de 2023 y frente a la oposición de todas y cada una de las pretensiones de la demanda, nos pronunciaremos en los siguientes términos:

- 1. Respecto a la afirmación: “Las acciones derivadas del contrato de seguros se encuentran prescritas de conformidad con lo establecido en artículo 1081 del código de comercio, por lo cual las pretensiones de la demanda no deben ser reconocidas.”**

Tal como se indicó en la demanda promovida y de conformidad con lo establecido en el Artículo 1081 del Código de Comercio, en cuanto a la prescripción se tiene lo siguiente:

“(…) ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (...)”

Respecto a esta disposición normativa, la Sección Tercera del Consejo de Estado en la Sentencia 13001233300020120022101 (49026), del primero (01) de agosto de 2.016, aclaró que la distinción entre la prescripción ordinaria y extraordinaria en el contrato de seguros radica en que mientras en la primera se establece un criterio subjetivo, esto es, la calidad de la persona contra quien corre el término de acción, denominado el interesado, en la segunda, es decir, la prescripción extraordinaria, se atiende un criterio objetivo, pues recae contra toda clase de personas, independientemente de que conociera o no el momento de la ocurrencia del siniestro y/o el hecho generador de la acción del contrato de seguro.

Este criterio es compartido también por la Corte Suprema de Justicia, bajo los siguientes términos:

“(…) La prescripción ordinaria, en materia del contrato de seguro, es un fenómeno que mira el aspecto meramente subjetivo, toda vez que concreta el término prescriptivo a las condiciones del sujeto que deba iniciar la acción y, además, fija como iniciación del término para contabilizarlo el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción; en cambio, la extraordinaria consagra un término extintivo derivado de una situación meramente objetiva, traducida en que solo requiere el paso del tiempo desde un momento preciso, ya indicado, y sin discriminar las personas en frente a las cuales se aplica, así se trate de incapaces. (…)” (subrayado y resaltado propio)

Así las cosas, el término de dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, recayendo esta limitación legal directamente sobre el interesado de la póliza de seguro No. AA000051, es decir, la entidad financiera **MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.**

Mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, entendiéndose que el extremo demandante, es decir, los legítimos herederos del señor Victor Hugo Medina Avila, se encuentran legamente capacitados y en oportunidad de ejercer las acciones sobre los contratos de seguro dentro de la relación con la compañía de seguros **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, respecto a la póliza de seguro No. AA000051, expedida a beneficio de **MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.**

Ahora, se tiene que con la radicación de la demanda se configuró el fenómeno de interrupción de la prescripción contenido en el artículo 94 del Código General del Proceso, así:

“(…) ARTÍCULO 94. INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, INOPERANCIA DE LA CADUCIDAD Y CONSTITUCIÓN EN MORA. La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.

La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.

La notificación del auto que declara abierto el proceso de sucesión a los asignatarios también constituye requerimiento judicial para constituir en mora de declarar si aceptan o repudian la asignación que se les hubiere deferido.

Si fueren varios los demandados y existiere entre ellos litisconsorcio facultativo, los efectos de la notificación a los que se refiere este artículo se surtirán para cada uno separadamente, salvo norma sustancial o procesal en contrario. Si el litisconsorcio

fuere necesario será indispensable la notificación a todos ellos para que se surtan dichos efectos.

El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez. (...)”

De esta forma se tiene que NO ES CIERTO que haya ocurrido el fenómeno de la prescripción respecto de los demandantes, ya que estos, como herederos interesados se cobijan bajo lo previsto para la prescripción extraordinaria, operando un término de cinco (05) años para el ejercicio de los derechos reclamados en el presente trámite.

2. Respecto a la afirmación: **“Dentro del caso se configuró la reticencia de que trata el artículo 1058 del Código De Comercio, como quiera que, el señor VÍCTOR HUGO MEDINA ÁVILA no declaro su verdadero estado de salud al momento de la suscribir la declaración de asegurabilidad (...)”**

Teniendo en cuenta que la oposición a la pretensión de la demanda se aborda bajo el mismo concepto de la segunda excepción de merito promovida por la parte demandada, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., la manifestación respecto a la consideración de configurarse la reticencia se hará en los mismos términos que sean incluidos en el acápite dedicado a la oposición de la excepción promovida bajo el título de “Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la información y/o inexactitud del estado de riesgo del asegurado”.

III. **Descorre al pronunciamiento sobre los hechos de la demanda**

Teniendo en consideración lo manifestado por la apoderada de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.CO mediante el memorial remitido el pasado veintisiete (27) de noviembre de 2023 y frente a la oposición de todos los hechos de la demanda, nos pronunciaremos en los siguientes términos:

1. **Pronunciamiento a la contestación al primer hecho:** Es temerario afirmar que desconocen la obligación relacionada en el numeral primero de los hechos ya que la expedición de la Póliza de Seguros Póliza No. 000051 aparece como tomador y beneficiario la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A. y está llamada a respaldar el producto financiero desembolsado por dicha entidad financiera a favor del señor VICTOR HUGO MEDINA AVILA que se encuentra respaldada por el Pagaré No. 1107108 suscrito el mismo día, es decir, doce (12) de julio de 2019. Además, la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., conoció de la reclamación promovida por la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A. por la misma cobertura aquí controvertida.
2. **Pronunciamiento a la contestación del segundo hecho:** Es temeraria la afirmación de la apoderada de la demandada ya que tal como se indicó anteriormente, no se ha operado ningún fenómeno de prescripción ya que los herederos legítimos que promueven este trámite se encuentran sometidos a la prescripción extraordinaria contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio.
3. **Pronunciamiento a la contestación del tercer hecho:** Sin replica.
4. **Pronunciamiento a la contestación del cuarto hecho:** Es temeraria la afirmación toda vez que las circunstancias del fallecimiento del señor Victor Hugo Medina fue puesto en conocimiento por parte de la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A. a través de la reclamación objetada por la demandada que fue aportada en el mismo memorial remitido por la apoderada.

5. **Pronunciamiento a la contestación del quinto hecho:** Es infundada la afirmación de haberse configurado el fenómeno de la prescripción toda vez que, tal como se ha reiterado en este memorial, los herederos legítimos que promueven este trámite se encuentran sometidos a la prescripción extraordinaria contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio.
6. **Pronunciamiento a la contestación del sexto hecho:** Es temeraria y falsa la afirmación de la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., toda vez que, tal como se ha indicado en este memorial, no existe materialización de ningún tipo de reticencia por parte del señor VICTOR HUGO MEDINA y además el fallecimiento de este, tal como indica en su historia clínica, se produjo por un diagnóstico médico que no podía ser contemplado al momento de suscribir la póliza de seguro Póliza No. 000051 en la cual figura como tomador y beneficiario la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.
7. **Pronunciamiento sobre la contestación al séptimo hecho:** Sin réplica.
8. **Pronunciamiento sobre la contestación al octavo hecho:** Sin réplica, no obstante, el hecho expuesto es altamente relevante para el proceso ya que permite establecer la trazabilidad y circunstancias fácticas asociada con los herederos interesados del señor VICTOR HUGO MEDINA, la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A. y la entidad aseguradora, aquí demandada, LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

IV. Descorre a las excepciones promovidas por LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

Teniendo en consideración las excepciones promovidas por la apoderada de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.CO mediante el memorial remitido el pasado veintisiete (27) de noviembre de 2023 y, nos pronunciaremos en los siguientes términos:

1. Respetto de la excepción “Prescripción de las acciones derivadas del Contrato de Seguro”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., teniendo en cuenta que, tal como se indicó en la demanda promovida y de conformidad con lo establecido en el Artículo 1081 del Código de Comercio, en cuanto a la prescripción se tiene lo siguiente:

“(…) ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (...)”

Respetto a esta disposición normativa, la Sección Tercera del Consejo de Estado en la Sentencia 13001233300020120022101 (49026), del primero (01) de agosto de 2.016, aclaró que la distinción entre la prescripción ordinaria y extraordinaria en el contrato de seguros radica en que mientras en la primera se establece un criterio subjetivo, esto es, la calidad de la persona contra quien corre el término de acción, denominado el interesado, en la segunda, es decir, la prescripción extraordinaria, se atiende un criterio objetivo, pues recae contra

toda clase de personas, independientemente de que conociera o no el momento de la ocurrencia del siniestro y/o el hecho generador de la acción del contrato de seguro.

Este criterio es compartido también por la Corte Suprema de Justicia, bajo los siguientes términos:

“(…) La prescripción ordinaria, en materia del contrato de seguro, es un fenómeno que mira el aspecto meramente subjetivo, toda vez que concreta el término prescriptivo a las condiciones del sujeto que deba iniciar la acción y, además, fija como iniciación del término para contabilizarlo el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción; en cambio, la extraordinaria consagra un término extintivo derivado de una situación meramente objetiva, traducida en que solo requiere el paso del tiempo desde un momento preciso, ya indicado, y sin discriminar las personas en frente a las cuales se aplica, así se trate de incapaces. (…)” (subrayado y resaltado propio)

Así las cosas, el término de dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, recayendo esta limitación legal directamente sobre el interesado de la póliza de seguro No. AA000051, es decir, la entidad financiera **MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.**

Mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, entendiéndose que el extremo demandante, es decir, los legítimos herederos del señor Victor Hugo Medina Avila, se encuentran legamente capacitados y en oportunidad de ejercer las acciones sobre los contratos de seguro dentro de la relación con la compañía de seguros **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, respecto a la póliza de seguro No. AA000051, expedida a beneficio de **MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.**

Esta postura encuentra sustento en la Sentencia SC4904-2021 del 4 de noviembre de 2021, en la que la Sala civil de la Corte Suprema de Justicia, comienza por hacer un recuento jurisprudencial de la naturaleza de la prescripción ordinaria y extraordinaria del contrato de seguro, apoyándose en la jurisprudencia construida por la corporación a partir del año 1977.

Resalta que la prescripción ordinaria es de dos años, aplica al ‘interesado’ y comienza a correr desde un punto de vista plenamente subjetivo, como lo sería el conocimiento real o presunto del ‘hecho que da base a la acción’. Indica que, por el contrario, la prescripción extraordinaria es de cinco años, corre en contra de ‘toda clase de personas’ y empieza a contarse a partir de un hecho absolutamente objetivo: ‘desde el momento en que nace el respectivo derecho’.

Hace énfasis en que tal prescripción especial aplica para todos los tipos de acciones derivadas del contrato de seguro, sean estas de la aseguradora, del asegurado, tomador, beneficiario o cualquier tercero; y que, por regla general, ambas corren en forma simultánea e independiente, hasta que la primera de ellas se configure.

En particular, reitera la bien conocida posición de la H. Sala, de que las alocuciones de ‘hecho que da base a la acción’ incorporada en el artículo 1081 del Código de Comercio para la prescripción ordinaria) y ‘momento en que nace el respectivo derecho’ . para la prescripción extraordinaria) hacen referencia al mismo hecho, por lo que la diferenciación entre uno y

otro tipo de prescripción, en lo que respecta al momento a partir del cual comienza su contabilización, es el conocimiento del evento para la prescripción ordinaria, y su ocurrencia, para la extraordinaria, lo cual conlleva a concluir que al tratarse de acciones derivadas

Concluye la sala que, al tratarse de una acción derivada de un contrato de seguro, lo dispuesto por el Artículo 1081 del Código de Comercio, termina siendo plenamente válido determinar que la *“prescripción podría ser ordinaria o extraordinaria.”*

Ahora, esta postura es ampliada a través del salvamento de voto expuesto por el Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona en el cual señala que el único interés del cliente del banco por convertirse en un asegurado de tal tipo de pólizas es la exigencia que al respecto realiza el banco previo al desembolso. Ello, según sus palabras, implica un enorme desequilibrio entre el banco (que protege su riesgo), la aseguradora (que recibe primas) y el cliente, que no sólo no tiene un interés real en el objeto del seguro, sino que debe, además, asumir enteramente sus costos.

Con lo cual, la postura del Magistrado Tolosa permite establecer que entre las partes del contrato de seguro deudores, resaltando que los herederos del asegurado no sólo no hacen parte de dicho contrato, sino que tienen un interés simplemente residual y subsidiario en el pago de la prestación asegurada. Complementa tal posición, indicando que es el banco, como tomador y beneficiario principal de la prestación asegurada, quien está en la obligación de exigir el pago del seguro de la aseguradora, so pena de incurrir en mala fe contractual y será contra este sujeto el que transcurra la prescripción ordinaria contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio.

Continuando con este análisis, se establece que, de acuerdo con la jurisprudencia desarrollada por la Corte, frente a los terceros a la relación aseguradora –como las víctimas del contrato de seguro de responsabilidad civil– únicamente corre la prescripción extraordinaria. Y que ello tiene sentido, en la medida en que *“quienes son ajenos al convenio, muchas veces ni siquiera conocen de su existencia, situación que deviene, claramente, demarcada por matices objetivos y no subjetivos, en pro de la protección de las prerrogativas de los recurrentes”*.

Por consiguiente y acudiendo a la jurisprudencia desarrollada por la Corte suprema de Justicia y el concepto del Magistrado Tolosa, no cabe duda que en la relación aseguradora existente entre la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A. y la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS O.C., los herederos legítimos del señor VICTOR HUGO MEDINA ÁVILA, solo podría serle aplicable la prescripción extraordinaria de cinco años contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio, encontrándose legitimados en la casa por un intereses residual del pago de la prestación asegurada a favor de un tercero como lo es la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.

2. Respecto de la “solicitud de sentencia anticipada”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., teniendo en cuenta que para la presente controversia aplicaría la prescripción extraordinaria contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio, tal como se explicó en el numeral anterior frente a la oposición de la excepción de prescripción promovida por el extremo demandado.

En este entendido, al encontrarse vigente la oportunidad de acción para ejercer los derechos por parte de los herederos del señor VICTOR HUGO MEDINA AVILA, no existe ningún tipo de prosperidad frente a la aplicación del Artículo 278 del Código General del Proceso o las indicaciones que intenta, temerariamente, promover la parte demandada.

3. Respetto de la excepción “Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la información y/o inexactitud del estado de riesgo del asegurado”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., teniendo en cuenta que para la presente controversia no se puede asumir la nulidad relativa del contrato de seguro por una supuesta reticencia de la información, criterio que debe equipararse a la oposición expuesta a la segunda pretensión de la demanda y demás aspectos relevantes del memorial aducido.

Teniendo en cuenta que mediante la sentencia STL4077-2022 DEL 30 DE MARZO DE 2022, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia (en adelante, la “CSJ”) resolvió una acción de tutela promovida por los beneficiarios de un seguro de vida grupo contratado por una entidad bancaria, en contra de la sentencia de segunda instancia proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, en el marco de un pleito iniciado por los tutelantes en contra de la aseguradora.

Tras fallecer uno de los asegurados, la aseguradora objetó la reclamación presentada por los beneficiarios por considerar que se había dado una reticencia en la declaración del estado de salud del asegurado al haber omitido informar sobre otras enfermedades que padecía.

Inicialmente, el tribunal de segunda instancia absolvió a la aseguradora del pago de la indemnización al considerar que el contrato de seguro adolecía de nulidad por haberse demostrado la reticencia en la declaración del estado del riesgo. Además, recordó que no era necesario demostrar (i) la mala fe del tomador en la omisión de la información y (ii) que la causa del siniestro estaba relacionada con el hecho que se dejó de informar. Pero contrario a este criterio, la Corte Suprema de Justicia, se basó en las mismas consideraciones adoptadas por la Corte Constitucional en la sentencia T-393 de 2015 para sostener que (i) las aseguradoras tienen la carga de practicar exámenes médicos a sus potenciales asegurados para “establecer de forma objetiva su estado de salud al momento de suscribir el seguro” y (ii) en caso de que las aseguradoras no practiquen el examen médico, tienen la carga de demostrar que “la preexistencia era conocida con certeza por el tomador del seguro” y que al no haberse declarado, había incurrido en una mala fe contractual.

En el caso concreto, la Corte Suprema de Justicia tuvo por demostrado que, si bien el asegurado no le informó a la aseguradora sobre otras enfermedades que padecía, la entidad aseguradora nunca le practicó un examen médico o le exigió que aportara uno para tener claridad sobre el riesgo asumido. Además, la Corte Suprema de Justicia sostuvo que las enfermedades omitidas estaban siendo tratadas y controladas médicamente por lo que *“tampoco se puede llegar al extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo (...)”*.

Finalmente, la Sala recordó 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”*. Consideraciones que permitieron a la Sala decidir la revocación del fallo y dejar sin efectos la decisión de segunda instancia.

Ahora, acompañado a esto, se tiene que no toda reticencia del asegurado conlleva la nulidad del contrato de seguro tal como fue expuesto en la sentencia del 21 DE MARZO DE 2023, la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá resolvió la impugnación promovida por una aseguradora en contra de la sentencia de primera instancia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera (en mediante la cual fue condenada al pago de la indemnización derivada de un seguro de vida grupo deudores.

En su demanda, el actor alegó que el asegurado había fallecido como consecuencia del contagio del virus SARS COV 2 y, por ello, le solicitó a la aseguradora que, con cargo al seguro de vida grupo deudores, pagara a la entidad financiera el saldo insoluto del crédito tomado por el asegurado. Sin embargo, la aseguradora objetó la reclamación al considerar que el asegurado había sido reticente en su declaración del estado del riesgo, pues omitió informarle que padecía múltiples enfermedades pese a que le fueron consultadas en el formulario de asegurabilidad.

En sus consideraciones, la Superintendencia Financiera de Colombia condenó a la aseguradora al pago de la indemnización por considerar que, si bien se había demostrado la reticencia del asegurado, *“no toda reticencia o inexactitud conducen a la declaración de la invalidez del seguro, por cuanto es necesario comprobar – carga de la aseguradora- que de haber conocido el estado del riesgo no habría contratado o lo habría hecho en condiciones diferentes”*, lo cual no hayó demostrado en el proceso.

Por su parte, al resolver la impugnación de la aseguradora, el Tribunal hizo las siguientes precisiones:

1. La nulidad del seguro como consecuencia de una declaración reticente del estado del riesgo, *“no opera de manera mecánica ni objetiva”*, pues es el juez el que debe *“determinar las circunstancias en que se expidió la información, como quiera que si la versión falaz o distorsionada fue advertida por la sociedad aseguradora durante la etapa de expresión del consentimiento, o ella debió conocerla dado el carácter profesional con que actúa en este específico ramo, en estas eventualidades el legislador de manera expresa, dispuso la inaplicabilidad de la sanción”*.
2. Para el caso concreto, destacó que la Superintendencia hubiese mantenido la validez del contrato de seguro pese a encontrar demostrada la reticencia del asegurado en su declaración del estado del riesgo. Lo anterior porque no encontró probado que la aseguradora hubiese demostrado cómo, *“de haber conocido esas desatenciones no habría celebrado el contrato o lo habría hecho en condiciones diferentes”*.
3. Si la aseguradora consulta por la existencia de una condición médica en el formulario de asegurabilidad es porque la existencia de esa condición médica es relevante para la formación de su consentimiento. Sin embargo, de acuerdo con la sentencia del 1 de junio de 2007 de la Corte Suprema de Justicia, siempre queda en pie *“la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud”*.

Con fundamento en lo anterior, el Tribunal ratificó la conclusión a la cual llegó la Superintendencia Financiera de Colombia en relación con la falta de demostración de la relevancia de las omisiones del asegurado en la formación del consentimiento de la aseguradora, lo cual no se satisfacía simplemente alegando que en el formulario de asegurabilidad se consultó por esa circunstancia en particular.

Por ello, el Tribunal decidió confirmar el fallo de la Superintendencia Financiera y condenó a la aseguradora al pago de la indemnización a favor de la entidad financiera.

Estas situaciones abordadas por la jurisprudencia nacional, se pueden acompañar al concepto equiparable a la causa de fallecimiento del señor Víctor Hugo Medina Avila, la cual puede ampararse en el criterio adoptado por la sentencia STC 12251-2021 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la cual resolvió una acción de tutela promovida por la asegurada y beneficiaria de un seguro de vida deudores en contra de la sentencia de segunda instancia que negó el pago de la indemnización y anuló el contrato de seguro por considerar que había sido reticente en la declaración del estado del riesgo.

En su alegato, la tutelante argumentó que no era procedente la anulación del contrato de seguro debido a que el juez de segunda instancia desconoció que la patología que había omitido mencionar en el formulario de asegurabilidad dispuesto por la aseguradora no guardaba ninguna relación con la causa de la reclamación que le presentó a la entidad.

Al evaluar el material probatorio, la Corte consideró que el juzgado de segunda instancia incurrió en una *falta de motivación en su providencia que atentó contra el derecho al debido proceso de la tutelante*, pues se limitó a verificar la omisión de información en que incurrió la asegurada al diligenciar el formulario de asegurabilidad, pero no se ocupó de evaluar si dicha información guardaba relación con la causa de la reclamación o la causa de muerte aducida.

En ese sentido, la Corte revocó la sentencia de segunda instancia y le ordenó al tribunal resolver la controversia teniendo en cuenta varios antecedentes jurisprudenciales en los que se contempla la necesidad de demostrar la relación entre el hecho preexistente omitido y la causa del siniestro para alegar la nulidad del contrato de seguro por reticencia. La Corte adoptó esta decisión reiterando el criterio jurisprudencial expuesto en las siguientes sentencias de tutela:

1. Sentencia T-027 de 2019 de la Corte Constitucional:
*“(…) a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; **b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores**, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión (…)”* (Subrayado y negrilla por fuera del texto).
2. Sentencia T-282 de 2016 de la Corte Constitucional:
*“(…) en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, **deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente**. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización”*. (Subrayado original).
3. Sentencia STC5953-de la CSJ:
*“(…) tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, **el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador**. En consecuencia, **la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición**”*. (Subrayado original).

Según lo anterior, esta excepción no tiene ningún tipo de prosperidad ya que la causa de muerte del señor VICTOR HUGO MEDINA ÁVILA, descrita en historia medica como “neumonía” no está acreditada como una preexistencia medica al diagnostico crónico que aduce el extremo demandado omitido al momento de suscribirse el contrato de seguro, por lo tanto, nos encontraríamos frente a la existencia de un riesgo imprevisible y en consecuencia, en un cobertura jurídicamente amparable conforme lo previsto por el Código de Comercio y el clausulado perteneciente a la póliza póliza de seguro No. AA000051, expedida a beneficio de la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.

4. Respecto de la excepción “Falta de legitimación en la causa por activa”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., de la siguiente forma:

A. Herederos subrogatarios del derecho del Banco a la prestación indemnizatoria

En sentencia de 25 de mayo de 2005, expediente C7198, M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar, la Corte Suprema de Justicia formuló algunas precisiones con respecto a los derechos de los herederos del deudor fallecido amparado bajo una póliza de seguro de Grupo deudores que habían efectuado algunos pagos al banco acreedor, como consecuencia de la negativa de la aseguradora a reconocer el pago insoluto de la deuda como consecuencia del fallecimiento de éste. En dicho caso los demandantes solicitaron que se condenara a las aseguradoras demandadas a pagar a su favor las cantidades de dinero que al 30 de enero de 1991, su causante adeudaba al Banco, junto con los perjuicios irrogados, consistentes en los intereses “causados y/o pagados” y los derivados de las “acciones de cobro” que contra el “patrimonio de la herencia, de los codeudores o de sus herederos” se instaurarán, todo con “corrección monetaria”, como “beneficiarios a título gratuito de los seguros que se mencionan”, o en subsidio, como “subrogatarios” del Banco, habida cuenta que se vieron compelidos a hacer abonos ante el peligro de una acción judicial que los marginara del acceso al crédito. Sobre ese particular la Corte adujo que: *“...si por la subrogación, legal o convencional, se traspasan los “derechos, acciones y privilegios” del antiguo al nuevo acreedor, no es equivocado sostener, con relación al seguro de vida grupo deudores, que los demandantes adquirieron la calidad de beneficiarios, a título oneroso, porque esa era precisamente la posición del Banco XXX en el contrato de seguros, que no es lo mismo a que fueran beneficiarios “directos” del citado seguro de vida grupo deudores”*.

Para la Corte, aplicar la realidad contractual en estos términos implicaría darle un carácter absoluto, que riñe con la realidad de los negocios y por lo tanto, debe tenerse en cuenta que por fuera del contrato existen personas que si bien no lo celebraron pueden verse afectadas por sus consecuencias y que los únicos terceros que escapan por completo de los efectos del contrato, son los llamados terceros absolutos que no se ven afectados ni beneficiados por los efectos del negocio. En consecuencia, la Corte estimó que es lógico que la viuda no pueda demandar el pago del seguro para sí, pues esta facultad es propia del beneficiario, en este caso la entidad bancaria; no obstante, la viuda es un tercero relativo no ajeno al contrato de seguro celebrado entre el banco prestamista (tomador de la póliza) y la aseguradora, pues el asegurado, obligado a pagar la respectiva prima, era su cónyuge y las consecuencias indirectas del contrato de seguro, como la falta de pago de la aseguradora, la perjudican y concluye expresando que “de la suerte de aquel contrato pende y en mucho la de la sociedad conyugal que tenía con su marido fallecido”.

B. LA LEGITIMACIÓN DE LOS HEREDEROS COMO TERCEROS POR VÍA EXTRA CONTRACTUAL

En sentencia de 28 de julio de 2005, M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez , exp. 1999-000449-01 la Corte Suprema de Justicia realiza un aporte muy importante ante la situación que venían afrontando muchas viudas y concluyó que el derecho de las viudas no se derivaba de la existencia de una subrogación de carácter legal o convencional, sino por tratarse de una persona que resultaba afectada patrimonialmente por razón de la negativa de la aseguradora.

En sentir de ese máximo tribunal, respecto de aquellas personas que resultan compelidas al pago del saldo insoluto de la deuda por la negativa de la aseguradora a hacerlo, se reconoce el derecho de éstos últimos, por razón de la proyección de esos efectos por fuera del contrato y donde también puede causarse un detrimento patrimonial, pero preciso, que esa legitimación no proviene de la esfera contractual sino de la extracontractual. En efecto, en esa ocasión expresó la Corte: *“ en los alrededores del contrato hay personas que ciertamente no fueron sus celebrantes, pero a quienes no les es indiferente la suerte final del mismo. Dicho de otro modo, no sólo el patrimonio de los contratantes padece por la ejecución o*

inejecución del negocio jurídico; también otros patrimonios están llamados a soportar las consecuencias de semejante comportamiento contractual, (...).”

De esta forma, sería inexacto pensar que lo que suceda por fuera de las lindes contractuales no interesa al derecho. Ese no es el genuino alcance del principio *res inter alios acta*. En la periferia del contrato hay terceros, como se vio, que el incumplimiento del contrato les alcanza patrimonialmente, del mismo modo como en el hecho culposo de un tercero (...) podría estar la causa determinante del incumplimiento contractual, convirtiéndose en reo de responsabilidad extracontractual. Las dos cosas se regirán por esta especie de responsabilidad.

Esta postura relativa a que el daño que se causa, a quienes se ven compelidos al pago del saldo insoluto ante la negativa de la aseguradora, se ubica en el terreno extracontractual, es reiterada posteriormente por la misma Corte en la sentencia de 15 de diciembre de 2008, M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar, expediente 2001-01021-01 en la cual afirmó que: *“... como el principio de relatividad de los contratos no es absoluto, en consideración a que la ejecución o inejecución de un negocio jurídico puede beneficiar o afectar indirectamente otros patrimonios, se tiene aceptado que los terceros interesados se encuentran facultados para velar por la suerte del mismo. Es el caso, entre otros, del cónyuge sobreviviente o de los herederos del asegurado, inclusive del socio o vocero de una sociedad, cuya vida estaba amparada, quienes, en defensa de la sociedad conyugal, de la herencia o del patrimonio social, pueden exigir a la aseguradora que pague lo que debe y a quien corresponde”*.

Esta posición de la Corte plasmada en la sentencia de en sentencia del 28 de julio de 2005, que a primera vista pudiera estimarse como novedosa, en realidad se acerca a las tendencias que hoy se presentan en legitimación por activa a favor de los herederos en cuanto a la ampliación de las excepciones a ese principio de relatividad de los contratos y por lo tanto, amerita algunas consideraciones que permitan visualizar el fundamento de esta acertada postura jurisprudencial de nuestra Corte Suprema.

C. El principio de relatividad de los contratos

Dicho principio de relatividad de los contratos, el artículo 1602 del Código Civil Colombiano lo proclama en el sentido que: *“Todo contrato es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”* y que *supedita su validez a que no sean derogadas ...las leyes en cuya observancia estén interesados el orden público y las buenas costumbres*” y, por supuesto, esa capacidad reguladora se encuentre circunscrita al ámbito contractual, no cobija a quienes no hacen parte del vínculo negocial a quienes genéricamente se le denomina como terceros y de ahí el fundamento de la máxima que los actos jurídicos no perjudican ni aprovechan a los terceros (*res inter alios acta ali is negue nocere negue prodesse potest*)

Pero, esta aseveración, no puede entenderse literalmente sino en el sentido que *“...Salvas excepciones legales, estos no producen derechos ni obligaciones para las personas enteramente ajenas a su celebración y que, además, no tienen vinculación alguna con las partes, o sean los terceros, en sentido estricto, o penitus extranei, lo cual se justifica, ya que la participación voluntaria o consentimiento es requisito esencial para la radicación subjetiva de los mencionados efectos de los actos jurídicos”*.

En ese orden ideas, en la doctrina se distingue entre terceros absolutos y los terceros relativos, según no tengan vinculación o la posean con alguna de las partes y por ello, en esta segunda categoría se incluye a los asignatarios sucesorales forzosos y a los acreedores, porque en Colombia aquellos pueden impugnar el testamento si es desconocida la porción conyugal, las pensiones por alimentos, las legítimas rigurosas y la cuarta de mejoras y estos pueden

ejercitar la acción pauliana ante actos fraudulentos de su deudor (art. 2491 Código Civil.), la acción de simulación (art. 1766 Código Civil) y la acción oblicua que es propia del Código Civil francés.

Como consecuencia, se puede afirmar que el contrato de Seguro tiene unos presupuestos de la esencia, lo que explica que si por algún motivo el contrato carece de alguno de estos requisitos (interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador), se presume una ineficacia del negocio jurídico de pleno derecho. En el mismo orden, tendremos que concluir, que en relación con los aspectos generales del contrato no se suscitó discusión, lo que permite suponer que en lo concerniente a las partes que intervienen en el contrato de seguro (Asegurador, tomador, beneficiario, asegurado) quedan claros tanto los roles, como las obligaciones dentro del contrato de seguro.

Por otro lado, otra de las conclusiones alcanzadas, es que, dentro de la universalidad del contrato de seguro, centramos mayor atención para efectos de este trabajo, en la modalidad del seguro de vida deudores. Dicha modalidad se caracteriza por ser un seguro colectivo de personas, que se utiliza en la actualidad con la finalidad de que determinada aseguradora asuma el riesgo de invalidez o muerte del deudor y por consiguiente, materializado dicho riesgo, asuma la obligación adquirida con las entidades financieras, lo que lleva consigo una protección patrimonial intrínseca respecto al cónyuge o compañero permanente del deudor y también respecto de sus herederos.

Es de esta forma, como encontramos que se encuentra debidamente acreditada la legitimación en la causa por activa a favor de los herederos del señor VICTOR HUGO MEDINA AVILA para promover la presente acción, constituyendo razones jurídicas suficientes para rechazar la excepción promovida por la apoderada de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

5. Respecto de la excepción “Falta de riesgo incierto y futuro que pudiera ser objeto de aseguramiento”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., no sin antes destacar que para la apoderada es evidente que existe una confusión entre sujetos procesales y la relación fáctica entorno de la controversia, lo cual destaca en la redacción de su texto, inicialmente, se refiere al señor VICTOR HUGO MEDINA ÁVILA pero posteriormente se denota lo siguiente: **“(…) Teniendo en cuenta lo anterior, se establece que la reclamación presentada con motivo del fallecimiento de la señora ARDILA MARÍA SOCORRO no cuentan con cobertura por cuanto al momento de hacerse el desembolso del crédito padecía antecedentes por diabetes mellitus e hipertensión arterial (…)”**, por lo cual se estima que es más que probable y razonable considerar que por confusiones de la apoderada podemos tener pronunciamientos erróneos frente a la relación fáctica que nos vincula. No obstante, a pesar del error incurrido, procederé a pronunciarme a esta excepción en los siguientes términos:

Teniendo en cuenta que, amparándose en lo establecido el Artículo 1054 del Código Civil, resulta absurdo considerar que al momento de presentarse la reclamación por parte de la entidad financiera otorgante del crédito en contra de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., “no existiera un riesgo futuro e incierto” y por parte de la apoderada demandada se asuma que la causa de muerte del señor Victor Hugo Medina Avila obedezca a la presunta omisión que tanto aducen, circunstancia que contradice lo considerado por la sentencia del 21 DE MARZO DE 2023 de la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá anteriormente referida, pero que reiteramos en este punto.

Con las afirmación de la demanda se demuestra que en el caso aquí promovido existen también las circunstancias aducidas por la Superintendencia Financiera de Colombia en donde a pesar de que se pueda demostrar la reticencia por parte del tomar del seguro, *“no toda reticencia o inexactitud conducen a la declaración de la invalidez del seguro, por cuanto es necesario comprobar – carga de la aseguradora- que de haber conocido el estado del riesgo no habría contratado o lo habría hecho en condiciones diferentes”*, lo cual no hayó demostrado en el proceso.

Por lo anterior es importante reiterar las siguientes precisiones hechas por el Tribunal en el caso anteriormente referenciado, así:

1. La nulidad del seguro como consecuencia de una declaración reticente del estado del riesgo, *“no opera de manera mecánica ni objetiva”*, pues es el juez el que debe *“determinar las circunstancias en que se expidió la información, como quiera que si la versión falaz o distorsionada fue advertida por la sociedad aseguradora durante la etapa de expresión del consentimiento, o ella debió conocerla dado el carácter profesional con que actúa en este específico ramo, en estas eventualidades el legislador de manera expresa, dispuso la inaplicabilidad de la sanción”*.
2. Para el caso concreto, destacó que la Superintendencia hubiese mantenido la validez del contrato de seguro pese a encontrar demostrada la reticencia del asegurado en su declaración del estado del riesgo. Lo anterior porque no encontró probado que la aseguradora hubiese demostrado cómo, *“de haber conocido esas desatenciones no habría celebrado el contrato o lo habría hecho en condiciones diferentes”*.
3. Si la aseguradora consulta por la existencia de una condición médica en el formulario de asegurabilidad es porque la existencia de esa condición médica es relevante para la formación de su consentimiento. Sin embargo, de acuerdo con la sentencia del 1 de junio de 2007 de la Corte Suprema de Justicia, siempre queda en pie *“la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud”*.

Con fundamento en lo anterior, el Tribunal ratificó la conclusión a la cual llegó la Superintendencia Financiera de Colombia en relación con la falta de demostración de la relevancia de las omisiones del asegurado en la formación del consentimiento de la aseguradora, lo cual no se satisfacía simplemente alegando que en el formulario de asegurabilidad se consultó por esa circunstancia en particular.

Por ello, el Tribunal decidió confirmar el fallo de la Superintendencia Financiera y condenó a la aseguradora al pago de la indemnización a favor de la entidad financiera.

Estas situaciones abordadas por la jurisprudencia nacional se pueden acompañar al concepto equiparable a la causa de fallecimiento del señor Victor Hugo Medina Avila, la cual puede ampararse en el criterio adoptado por la sentencia STC 12251-2021 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia también expuesta anteriormente.

6. Respecto de la excepción “Ausencia de cobertura por falta de cobertura contractual – preexistencia”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., reiterando que, tal como se indico en los numerales anteriores, la demandada omitió el criterio jurisprudencial establecido en la sentencia del 21 DE MARZO DE 2023 de la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, en donde se resalta que: *“no toda reticencia o inexactitud conducen a la declaración de la invalidez del seguro, por cuanto es necesario comprobar – carga de la aseguradora- que de haber conocido el estado del riesgo no habría contratado o lo habría hecho en condiciones diferentes”*.

En este entendido, la omisión de la demandada consiste en la verificación de la causa de fallecimiento como un diagnóstico clínico diferente a la información que pudo haber sido omitida por parte de VICTOR HUGO MEDINA AVILA y por lo tanto, no debe existir ningún tipo de nulidad relativa entorno al contrato de seguro de vida que vincula a las partes. Además, hay que recordar que la nulidad aducida por la demandada es susceptible de saneamiento por el paso del tiempo tal como se ha expuesto anteriormente.

7. Respecto de la excepción “Buena fe contractual de LA EQUIDAD SEGUROS O.C. al momento de expedir el seguro de vida deudor”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., reiterando que, tal como se indicó en los numerales anteriores, la demandada omitió el criterio jurisprudencial establecido en la sentencia del 21 DE MARZO DE 2023 de la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, en donde se resalta que: *“no toda reticencia o inexactitud conducen a la declaración de la invalidez del seguro, por cuanto es necesario comprobar – carga de la aseguradora- que de haber conocido el estado del riesgo no habría contratado o lo habría hecho en condiciones diferentes”*.

8. Respecto de la excepción “Omisión de información por parte del señor Victor Hugo Medina al momento de diligenciar las declaraciones de asegurabilidad”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., teniendo en cuenta que para la presunta omisión de información parte del señor Victor Hugo Medina Avila son equiparables el criterio expuesto en la oposición de la tercera excepción relacionada con la acusación temeraria de nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la información, motivo por el cual procederé a reiterar el criterio expuesto en el acápite mencionado pero resaltando lo establecido por la sentencia del 21 DE MARZO DE 2023, la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá resolvió la impugnación promovida por una aseguradora en contra de la sentencia de primera instancia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera (en mediante la cual fue condenada al pago de la indemnización derivada de un seguro de vida grupo deudores.

En su demanda, el actor alegó que el asegurado había fallecido como consecuencia del contagio del virus SARS COV 2 y, por ello, le solicitó a la aseguradora que, con cargo al seguro de vida grupo deudores, pagara a la entidad financiera el saldo insoluto del crédito tomado por el asegurado. Sin embargo, la aseguradora objetó la reclamación al considerar que el asegurado había sido reticente en su declaración del estado del riesgo, pues omitió informarle que padecía múltiples enfermedades pese a que le fueron consultadas en el formulario de asegurabilidad.

En sus consideraciones, la Superintendencia Financiera de Colombia condenó a la aseguradora al pago de la indemnización por considerar que, si bien se había demostrado la reticencia del asegurado, *“no toda reticencia o inexactitud conducen a la declaración de la invalidez del seguro, por cuanto es necesario comprobar – carga de la aseguradora- que de haber conocido el estado del riesgo no habría contratado o lo habría hecho en condiciones diferentes”*, lo cual no hayó demostrado en el proceso.

Por su parte, al resolver la impugnación de la aseguradora, el Tribunal hizo las siguientes precisiones:

4. La nulidad del seguro como consecuencia de una declaración reticente del estado del riesgo, *“no opera de manera mecánica ni objetiva”*, pues es el juez el que debe *“determinar las circunstancias en que se expidió la información, como quiera que si la versión falaz o distorsionada fue advertida por la sociedad aseguradora durante la etapa de expresión del consentimiento, o ella debió conocerla dado el carácter profesional con que actúa en este específico ramo, en estas eventualidades el legislador de manera expresa, dispuso la inaplicabilidad de la sanción”*.
5. Para el caso concreto, destacó que la Superintendencia hubiese mantenido la validez del contrato de seguro pese a encontrar demostrada la reticencia del asegurado en su declaración del estado del riesgo. Lo anterior porque no encontró probado que la aseguradora hubiese demostrado cómo, *“de haber conocido esas desatenciones no habría celebrado el contrato o lo habría hecho en condiciones diferentes”*.
6. Si la aseguradora consulta por la existencia de una condición médica en el formulario de asegurabilidad es porque la existencia de esa condición médica es relevante para la formación de su consentimiento. Sin embargo, de acuerdo con la sentencia del 1 de junio de 2007 de la Corte Suprema de Justicia, siempre queda en pie *“la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud”*.

Con fundamento en lo anterior, el Tribunal ratificó la conclusión a la cual llegó la Superintendencia Financiera de Colombia en relación con la falta de demostración de la relevancia de las omisiones del asegurado en la formación del consentimiento de la aseguradora, lo cual no se satisfacía simplemente alegando que en el formulario de asegurabilidad se consultó por esa circunstancia en particular.

Por ello, el Tribunal decidió confirmar el fallo de la Superintendencia Financiera y condenó a la aseguradora al pago de la indemnización a favor de la entidad financiera.

Estas situaciones abordadas por la jurisprudencia nacional, se pueden acompañar al concepto equiparable a la causa de fallecimiento del señor Victor Hugo Medina Avila, la cual puede ampararse en el criterio adoptado por la sentencia STC 12251-2021 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2021, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la cual resolvió una acción de tutela promovida por la asegurada y beneficiaria de un seguro de vida deudores en contra de la sentencia de segunda instancia que negó el pago de la indemnización y anuló el contrato de seguro por considerar que había sido reticente en la declaración del estado del riesgo.

En su alegato, la tutelante argumentó que no era procedente la anulación del contrato de seguro debido a que el juez de segunda instancia desconoció que la patología que había omitido mencionar en el formulario de asegurabilidad dispuesto por la aseguradora no guardaba ninguna relación con la causa de la reclamación que le presentó a la entidad.

Al evaluar el material probatorio, la Corte consideró que el juzgado de segunda instancia incurrió en una *falta de motivación en su providencia que atentó contra el derecho al debido proceso de la tutelante*, pues se limitó a verificar la omisión de información en que incurrió la asegurada al diligenciar el formulario de asegurabilidad, pero no se ocupó de evaluar si dicha información guardaba relación con la causa de la reclamación o la causa de muerte aducida.

En ese sentido, la Corte revocó la sentencia de segunda instancia y le ordenó al tribunal resolver la controversia teniendo en cuenta varios antecedentes jurisprudenciales en los que se contempla la necesidad de demostrar la relación entre el hecho preexistente omitido y la causa del siniestro para alegar la nulidad del contrato de seguro por reticencia. La Corte adoptó esta decisión reiterando el criterio jurisprudencial expuesto en las siguientes sentencias de tutela:

4. Sentencia T-027 de 2019 de la Corte Constitucional:
“(…) a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición

médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión (...)” (Subrayado y negrilla por fuera del texto).

5. Sentencia T-282 de 2016 de la Corte Constitucional:

“(…) en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización”. (Subrayado original).

6. Sentencia STC5953-de la CSJ:

“(…) tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición”. (Subrayado original).

Según lo anterior, esta excepción no tiene ningún tipo de prosperidad ya que la causa de muerte del señor VICTOR HUGO MEDINA ÁVILA, descrita en historia medica como “neumonía” no está acreditada como una preexistencia medica al diagnóstico crónico que aduce el extremo demandado omitido al momento de suscribirse el contrato de seguro, por lo tanto, de conformidad con lo expuesto en la jurisprudencia señalada, no existe ningún tipo de acreditación por parte de la Demandada en donde se establezca que la información que pretenden hacer valer hubiese cambiado la suerte de la expedición de la póliza de vida aquí controvertida, asi como tampoco en la evaluación del caso toman en cuenta el verdadero diagnostico relacionado con el fallecimiento del señor Victor Hugo Medina Avila y se aparta el criterio de la apodera demandada, de forma temeraria, de lo reconocido por los tribunales nacionales.

9. Respecto de la excepción “Inexistencia de la obligación de afectación del contrato de seguro”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., reiterando que, tal como se indicó en los numerales anteriores, la demandada omitió el criterio jurisprudencial establecido en la sentencia STL4077-2022 DEL 30 DE MARZO DE 2022, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia (en adelante, la “CSJ”) resolvió una acción de tutela promovida por los beneficiarios de un seguro de vida grupo contratado por una entidad bancaria, en contra de la sentencia de segunda instancia proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, en el marco de un pleito iniciado por los tutelantes en contra de la aseguradora.

Tras fallecer uno de los asegurados, la aseguradora objetó la reclamación presentada por los beneficiarios por considerar que se había dado una reticencia en la declaración del estado de salud del asegurado al haber omitido informar sobre otras enfermedades que padecía.

Inicialmente, el tribunal de segunda instancia absolvió a la aseguradora del pago de la indemnización al considerar que el contrato de seguro adolecía de nulidad por haberse demostrado la reticencia en la declaración del estado del riesgo. Además, recordó que no

era necesario demostrar (i) la mala fe del tomador en la omisión de la información y (ii) que la causa del siniestro estaba relacionada con el hecho que se dejó de informar. Pero contrario a este criterio, la Corte Suprema de Justicia, se basó en las mismas consideraciones adoptadas por la Corte Constitucional en la sentencia T-393 de 2015 para sostener que (i) las aseguradoras tienen la carga de practicar exámenes médicos a sus potenciales asegurados para “establecer de forma objetiva su estado de salud al momento de suscribir el seguro” y (ii) en caso de que las aseguradoras no practiquen el examen médico, tienen la carga de demostrar que “la preexistencia era conocida con certeza por el tomador del seguro” y que al no haberse declarado, había incurrido en una mala fe contractual.

En el caso concreto, la Corte Suprema de Justicia tuvo por demostrado que, si bien el asegurado no le informó a la aseguradora sobre otras enfermedades que padecía, la entidad aseguradora nunca le practicó un examen médico o le exigió que aportara uno para tener claridad sobre el riesgo asumido. Además, la Corte Suprema de Justicia sostuvo que las enfermedades omitidas estaban siendo tratadas y controladas médicamente por lo que *“tampoco se puede llegar al extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo (...)”*.

Finalmente, la Sala recordó 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”*. Consideraciones que permitieron a la Sala decidir la revocación del fallo y dejar sin efectos la decisión de segunda instancia.

En este entendido resulta más que evidente que la causa de muerte del señor VICTOR HUGO MEDINA ÁVILA, tal como se expuso anteriormente, constituye un hecho amparo en el Artículo 1054 del Código de Comercio, constituyendo un riesgo asumido por parte de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., como lo es la incertidumbre del fallecimiento del tomador.

10. Respecto de la excepción “Sujeción al contrato de seguro celebrado”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., reiterando que, tal como se indicó en los numerales anteriores frente a la viabilidad de la cobertura frente al riesgo asumido al momento de la expedición de la póliza de seguro en controversia y la imprevisibilidad del fallecimiento del señor VICTOR HUGO MEDINA ÁVILA, como lo es una causa de muerte diagnosticada como “neumonía” que representa un cuadro médico totalmente alejado a la presunta información que fue omitida al momento de celebrar el contrato de seguro de vida.

11. Respecto de la excepción “Limite del valor asegurado”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., reiterando que la condena pretendida en la demanda obedece estrictamente a la estimación de la obligación entregada por la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A con corte al 02 de julio de 2023, siendo este el ultimo valor estimado de la obligación crediticia otorgada al señor Victor Hugo Medina Avila.

12. Respecto de la “Objeción de la tasación de perjuicios”

Procedo a exponer mi oposición y en consecuencia solicitar el RECHAZO de la excepción promovida por la apoderada de la entidad LA EQUIDAD SEGUROS O.C., reiterando que la

condena pretendida en la demanda obedece estrictamente a la estimación de la obligación entregada por la entidad financiera MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A con corte al 02 de julio de 2023, siendo este el ultimo valor estimado de la obligación crediticia otorgada al señor Victor Hugo Medina Avila, estando libre de cualquier tipo de tasación de perjuicios o indemnizaciones que no se limiten al pago de la cobertura asegurable.

13. Respecto de la excepción genérica o innominada

Teniendo en cuenta lo expuesto en los acápites anteriores, se considera improcedente todo tipo de excepciones de mérito, ya que carecen de fundamento fáctico y jurídico para su materialización, motivo por el cual solicito se RECHACE cualquier tipo de solicitud de excepción que sea promovida por el extremo demandado, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

Con toda atención y respeto,

ENRIQUE BUELVAS GALVÁN
C.C. No. 1.010.219.807 de Bogotá D.C.
T.P. 33.069 del C.S.J.