

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2021213483-042-000

Fecha: 2022-04-12 23:45 Sec.día 2541

Anexos: No

Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc: 576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE

Remite: 80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Destinatario: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-

Número de Radicación : 2021213483-042-000  
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES  
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE  
Expediente : 2021-4125  
Demandante : DIXON CONEO ARTEAGA  
  
Demandados : COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, y en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 30 de marzo del año 2022 (derivado 041-000), en concordancia con lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia procede a proferir la siguiente:

### SENTENCIA

Procede este Despacho a resolver en derecho la acción de protección al consumidor instaurada por el señor DIXON CONEO ARTEAGA, por conducto de apoderado judicial, en contra de la Compañía de Seguros Bolívar S.A., con la que se pretende de conformidad con las facultades establecidas en el artículo 24 del Código General del Proceso y el artículo 57 de la Ley 1480 de 2011 se condene a la mentada entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia al pago de la póliza 2801005000001 con valor asegurado de OCHENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL PESOS (\$87.803.000), junto con los intereses de mora a que hace referencia el artículo 1080 del Código de Comercio calculados desde el mes siguientes a la primera reclamación, así como a la condena en costas del proceso.

Súplicas ante las cuales se opuso en oportunidad la entidad demandada con la proposición de las excepciones intituladas como “NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO”, “FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA ACREDITAR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SE RECLAMA” y “LIMITACIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO”, frente a las cuales se procede al estudio de conformidad con las pruebas legal y oportunamente allegadas al plenario, así como las disposiciones que regulan tanto al

contrato de seguro como a la actividad aseguradora, esta de interés público de conformidad con lo establecido en el artículo 335 de la Constitución Nacional.

En este orden, encontrándose reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, siendo la Delegatura competente para resolver sobre la presente controversia en el marco de la acción de protección al consumidor financiero impetrada, corresponde a la misma establecer la existencia o no de una responsabilidad contractual de la compañía de seguros con ocasión a la solicitud de afectación del amparo de incapacidad total y permanente del seguro contenido en la póliza Vida Davida Integral número 5167188165109, póliza principal 2801005000001, con ocasión a la calificación realizada al señor Dixon Coneo Arteaga por la Junta Médico Laboral el 22 de agosto del año 2019.

Para estos efectos, téngase en cuenta que dado a que la controversia tiene por fuente un contrato de seguro, es preciso resaltar que el mismo resulta ser un contrato regulado en los artículos 1036 a 1162 del Código de Comercio, así como en los artículos 183 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero –EOSF-, a su vez el ejercicio de su actividad en el Decreto 2555 del año 2010, la Circular Básica Jurídica, y en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado por esta por la Ley 1480 del 2011 –Estatuto del consumidor-, marco normativo al cual se estará para el estudio del presente caso.

Conforme con lo anterior, sea del caso resaltar de las citadas disposiciones, que el legislador facultó a las compañías de seguros para que, atendiendo unos parámetros actuariales, económicos, legales y técnicos –propios de la actividad aseguradora- pudieran estas asumir a su arbitrio, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración. Prerrogativa que encuentra fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio al siguiente tenor “*Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado*”, sin que ello conlleve la convalidación de cláusula abusivas expresamente prohibidas por el legislador al punto que se tendrán por no escritas, tal y como lo establece el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009.

Ahora bien, ni la citada facultad dada por la ley a las aseguradoras para la delimitación de los riesgos que ha de amparar, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, permiten a la compañía aseguradora sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección al consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009. Entre ellas, el deber de información predicable de dichas entidades vigiladas, conforme lo pregona el literal c del artículo 7 de la Ley 1328 de 2009, y que por virtud del artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y artículo 871 del Código de Comercio se encuentran incorporados en toda relación contractual de una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Lo anterior, máxime cuando quien determina unilateralmente el contenido del contrato de seguro y fija previamente las condiciones generales que rigen al contrato de seguro es la aseguradora, para que sus clientes a su elección las acepten o las rechacen, esto por tratarse de relaciones contractuales en masa, que deben desarrollarse de manera estandarizada en su ejecución y operación y que se suscriben siempre entre el mismo contrayente y un gran número de personas.

En efecto, la información adquiere una mayor relevancia si se tiene en cuenta que en relaciones de consumo que surgen tanto de este tipo de negocio jurídico como de cualquier otro, el derecho a recibir información oportuna, clara, precisa e idónea es un derecho del consumidor, cuya prevalencia tiene sus cimientos desde la Constitución misma, cuando en su artículo 78 estatuyó que “*la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse*

 @SFCsupervisor  Superintendencia Financiera de Colombia  Superintendencia Financiera de Colombia  superfinanciera

al público en su comercialización”, postulado que se desarrolló en el título primero de la citada Ley 1328 de 2009, específicamente estableciendo un régimen de protección al consumidor financiero, en el que se destaca, dentro de la contratación financiera, la obligación según la cual la información debe ser “cierta, suficiente y oportuna” y, en particular, que la que “se suministre previamente a la celebración del contrato, deberá permitir y facilitar la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado” para que “el consumidor comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio”, al punto que el incumplimiento de la obligación da derecho al consumidor financiero “de finalizar el contrato sin penalidad alguna, sin perjuicio de las obligaciones que según el mismo contrato deba cumplir” (artículos 9 y 10).

De allí la importancia no sólo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza, sino del conocimiento y oportunidad que de las mismas deba brindarse a los consumidores por parte de las entidades aseguradoras, esto con el fin que tengan la oportunidad de optar, en caso de insatisfacción de sus necesidades, por la adquisición de nuevos contratos de seguro o emprender las acciones correspondientes.

Al respecto, en cuanto al deber de información se refiere, se tiene que el consumidor debe recibir información cierta, veraz y oportuna, a fin de menguar el desequilibrio existente entre las entidades financieras y aseguradora con el consumidor financiero. En palabras de la Corte Constitucional en decisión T-136 de 2013: “DERECHO DE INFORMACION EN EL SISTEMA FINANCIERO Y ASEGURADOR-Prohibición de cláusulas y prácticas abusivas. El acceso completo, veraz y oportuno a la información -que es una condición elemental, inherente a toda actividad de consumo- adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. **Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales.** Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”.

Superado lo anterior, visto que la controversia se funda en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de un riesgo asegurado, o en términos del artículo 1072 del Código de Comercio un siniestro, ante la certeza de la existencia del amparo que la activa pretende afectar, se procede analizar si se encuentra acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, para, en caso de superarse dicho examen, descender sobre los hechos o circunstancias que alega la pasiva como excluyentes de su responsabilidad, atendiendo las cargas asignadas a cada uno de los extremos contractuales de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, según el cual corresponde “...al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso...El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”, además fundado en el 167 del Código General del Proceso.

En este orden, en relación con la carga del demandante como asegurado- beneficiario, se debe establecer delantadamente las condiciones del riesgo asumido por la compañía de seguros.

Para este propósito, atendiendo que el artículo 1046 del Código de Comercio reconoce que el contrato de seguro se puede probar por confesión o por escrito, esto último mediante la póliza de seguro, la cual debe expresar lo enunciado en el artículo 1047 de la misma codificación, se encuentra que en el presente caso reposa en la actuación copia de la SOLICITUD- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS DE VIDA GRUPO, número 18871651 diligenciado y suscrito por el señor Dixon Coneo Arteaga en donde se consigna el manifestación del actor de vincularse a la póliza adquirida en su oportunidad por BANCO DAVIVIENDA S.A. con la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., contenida en la póliza GR50000,

 @SFCsupervisor  Superintendencia Financiera de Colombia  Superintendencia Financiera de Colombia  superfinanciera



mediante la cual se otorgaron los amparos de VIDA, INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIO POR DESMEMBRACION e INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE con un valor asegurado de \$65.000.000 de conformidad con la opción 59, con vigencia inicial del 15 de febrero del año 2013 al 15 de febrero del año 2014.

A su vez, ante el decreto oficioso de la Delegatura, reposa a derivado 031-000 de la actuación, copia de la póliza 5167188165108, póliza principal 2801005000001, con fecha de expedición del 11 de enero del año 2020, en donde funge como tomador BANCO DAVIVIENDA S.A., como asegurado el hoy demandante y como asegurador Compañía de Seguros Bolívar S.A., y para la vigencia comprendida entre el 15 de febrero del año 2020 al 15 de febrero del año 2021 fueron otorgados los amparos de VIDA BASICA, DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL e INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE con un valor asegurado de \$86.4418.141 respectivamente, indicando que las condiciones generales aplicables corresponden a las identificadas con el número 01052007-1407-P-34-GU-004, las cuales fueran remitidas en su oportunidad.

Por su parte, de conformidad con el certificado expedido el 25 de enero del año 2021, se encuentra que para la vigencia comprendida entre el 15 de febrero del año 2021 al 15 de febrero del año 2022 fue renovada la cobertura manteniendo las partes e interesados del contrato de seguro, sus amparos y condiciones aplicables, solo habiendo variación en el valor asegurado siendo este el correspondiente a \$87.805.358.

Ahora bien, a pesar que en los citados certificados no se identifican las condiciones aplicables a los amparos otorgados como anexos a la cobertura, como fueran los correspondientes a *ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN* (01012006-1407-N-34-GR\_009) y *ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE* (29052000-1407-N-34-GR\_007), no se puede desconocer que de conformidad con las documentales que reposan a folios 31 a 46 del escrito de contestación de la demanda (derivado 009-000) y las remitidas antes el decreto oficioso (derivado 031-000), en las mismas se indican que acceden a la póliza 5167188165109. Situación, que sumado a que las documentales no fueron objeto de debate o desconocimiento en su oportunidad por la parte actora, conllevan a que el Despacho se esté a las mismas.

Siendo del caso resaltar, que en relación con el amparo objeto de controversia, la condición primera del *ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE* establece:

***“CONDICIÓN PRIMERA. - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE***

*PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO”*

De la cual se encuentra, que para que surja la obligación condicional adquirida por la compañía de seguros en el marco el citado amparo, se requiere que converjan y acrediten la totalidad de las condiciones enunciadas, como fuera: (i) que la incapacidad haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, (ii) lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, (iii) que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, (iv) hayan existido por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta días, y (v) no haya sido provocada por el asegurado.

 @SFCsupervisor  Superintendencia Financiera de Colombia  Superintendencia Financiera de Colombia  superfinanciera

Siendo del caso indicar, que pese a la referencia efectuada por el actor en el hecho primero de la demanda, en relación a que el seguro fue adquirido desde el año 2009, no reposa elemento probatorio que acredite dicha circunstancia más que su dicho, el cual no presenta concordancia con la SOLICITUD-CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS DE VIDA GRUPO allegada al plenario y que fuera suscrita por el mismo demandante y en donde se establece como vigencia inicial del seguro el 15 de febrero del año 2013.

Ahora bien, definido lo anterior, se encuentra que el actor pretende la afectación del amparo con la calificación efectuada por las Fuerzas Militares de Colombia Armada- Dirección de Sanidad Naval el 22 de agosto del año 2019, del cual consta el ACTA DE JUNTA MEDICO LABORAL 245, mediante la cual le fuera otorgado una calificación del cincuenta y cuatro punto setenta y seis por ciento (54.76%), condición que como fue expuesto por el actor en el interrogatorio de parte conlleva a que se encuentre en un estado de incapacidad al superar el 50% de una pérdida de capacidad laboral.

Frente a dicha calificación, se encuentra que la pasiva aduce la ausencia de acreditación de los elementos requeridos en la definición del amparo, habida cuenta que de conformidad con las condiciones de la misma no se encuentra demostrado que el hoy demandante hubiera sufrido lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, así como que estas le impidan de por vida desempeñar cualquier trabajo remunerativo, y que haya tenido una incapacidad por un periodo continuo no menos de 150 días, como se desprende de las objeciones emitidas en su oportunidad mediante las comunicaciones OIV-3790-1 del 20 de noviembre del año 2020, y DNI-OIV-3790-1/1-1774229800 del 16 de marzo del año 2021 (fls.10 a 13 de la demanda derivado 000-000).

Sobre el particular, sea del caso tener de presente que, en relación con la ausencia de acreditación de los citados elementos, la compañía de seguros funda su conclusión en la valoración médica efectuada por los galenos de dicha entidad y frente a los cuales se afirma se evidencia que las citadas condiciones no tienen la permanencia del tiempo requerida en el amparo, así como el efecto de la imposibilidad de poder realizar cualquier labor u oficio. Valoraciones de las cuales da cuenta el informe rendido en su oportunidad por el galeno Camilo Andrés Méndez Cruz, quien fuera testigo en la presente actuación.

Al respecto, sea la oportunidad se resolver en relación con la tacha del testigo Camilo Andrés Méndez Cruz, de cuya exposición no advirtió el Despacho que por el simple hecho de su relación laboral, se afectara su credibilidad o imparcialidad, en tanto que se limitó a exponer respecto de lo que recordaba sobre el proceso de reclamación surtido ante la compañía de seguros, versión que por demás guarda correspondencia con el restante material aportado la actuación, de tal que no se encuentra elemento alguno que conlleva acceder a la citada solicitud, atendiendo además a que su testimonio se valorará bajo criterios de sana crítica y comunidad de la prueba.

Precisado lo anterior, encontrando de la exposición efectuada por el testigo en relación con las condiciones de salud del hoy demandante, que el mismo resalta como elemento determinante para el análisis del riesgo la condición de permanencia en el tiempo y el estado crónico de algunas de las patologías base de calificación, conllevando aseverar que la relevancia deviene en que estas podrían conllevar o derivar a un estado de incapacidad, sumado a que de los apartes de la historia clínica allegada al plenario no se evidencia soporte de una evaluación o valoración favorable o de rehabilitación de los mismos, no se encuentra que la compañía de seguros hubiese acreditado elemento alguno que desvirtuó de la calificación aportada el elemento referente a la existencia de alteraciones funcionales incurables y la condición de incapacidad por un periodo no menor al 150 días.

Por su parte, en relación con la no demostración de la condición de no poder desarrollar cualquier labor remunerativa, téngase de presente que tanto la entidad demandada por conducto de su apoderado con facultades de representación legal como el testigo reconocieron que la evaluación efectuada no tiene en consideración las condiciones particulares del asegurado o la profesión de este.

Es así que surge el interrogante *¿qué determina que una persona no pueda desarrollar cualquier labor remunerativa?*, en especial, si se tiene en cuenta que en la evaluación realizada, como fue expuesto en el curso de la actuación, tiene en cuenta tanto el poder desempeñar trabajos complejos como básicos.

Al respecto, consultado al testigo en relación con los criterios tenidos en cuenta para establecer si una persona puede o no desarrollar cualquier labor remunerativa, téngase de presente, que en su oportunidad el galeno indicó que la misma parte de varios conceptos como fuera la actividad de la vida cotidiana que una persona requiere para desempeñar cualquier labor remunerativa, enunciando a modo de ejemplo, elementos tales como el tomar un transporte, efectuar labores mentales que permitan analizar si tiene o no limitación frente al trabajo tanto básico como complejo.

Condición ésta, de la cual no se vislumbra con claridad cuáles son aquellos elementos o criterios objetivos que permitan el determinar o conocer cuando se está en presencia de esta, solo evidenciando de la exposición realizada en el curso de la actuación el elemento común de poder percibir una remuneración. Situación que no se vislumbra en dichas condiciones en la póliza de seguro o en la información suministrada en su oportunidad al actor.

Y aunque el Despacho no desconoce los planteamientos expuestos por el testigo, tanto en el informe allegado con la contestación como en el testimonio rendido en el curso de la actuación, donde se pone de presente las condiciones de la evaluación realizada en el marco de una reclamación de un seguro como el que es objeto de la presente acción, conllevando a generar dudas sobre las condiciones que podría tener el actor de poder desarrollar diferentes labores a pesar de los diagnósticos otorgados en la calificación; de la misma no se puede presumir de manera irrefutable que el asegurado puede desarrollar cualquier otra actividad laboral diferente a la actividad militar de la cual tiene capacitación y experiencia, además si se tiene en cuenta las labores desarrolladas en el curso de su carrera profesional y a las cuales se hiciera mención en el interrogatorio de parte.

De esta forma, no se encuentra como de la simple lectura de la calificación, sin ejercicio probatorio adicional por parte de la compañía de seguros, pueda desvirtuar el ejercicio probatorio ejercido por el actor frente a la carga impuesta por el legislador en el artículo 1077 del Código de Comercio, cuando además se encuentra desde la misma reclamación la manifestación del asegurado sobre que el evento configurativo cumple con las condiciones requeridas por el amparo.

Y es que, arrimar a conclusión diferente, conllevaría al escenario en donde la definición de una reclamación estuviera supeditada al criterio de la compañía frente a la suficiencia de una prueba, desvaneciendo la carga otorgada por el legislador frente a las causales excluyentes de su responsabilidad, como fuera la no existencia de un siniestro por no demostración del riesgo reclamado o el desvirtuar la certeza en la parte la reclamación.

De lo expuesto se encuentra que al depender la definición del elemento del amparo de la valoración que sobre el particular efectuó la compañía de seguros conlleva a generar un desequilibrio en el contrato, al poner al consumidor en una posición de incertidumbre sobre las condiciones reales de cobertura versus el poder recibir remuneración alguna por cualquier labor pese a la condición de salud.

Es en este sentido, que atendiendo a la condición de ambigüedad que se desprende del citado aparte, de conformidad con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 1480 de 2011 se entenderá la condición del contrato de la forma favorable al consumidor entendiendo la misma en el marco de la su profesión u oficio, lo que conlleva a que de conformidad con la Junta Medica allegada al plenario y la misma conclusión presentada por el galeno de la compañía en el informe que reposa en la contestación de la demanda se encuentra acreditados los elementos del amparo reclamado.

Lo anterior, conlleva a declarar no probada la excepción intitulada por la pasiva como “*FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA ACREDITAR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SE RECLAMA*”.

Superado lo anterior, en relación con la carga de la compañía de seguros de conformidad con el citado artículo 1077 del Código de Comercio en relación con las causales excluyentes de responsabilidad, se encuentra que dentro de las excepciones formuladas por la pasiva se encuentra la intitulada como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO*”, la cual se funda en que el consentimiento de la aseguradora para el otorgamiento del seguro de vida estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por la declaración del asegurado al momento de informar sobre el estado de salud como elemento determinante del riesgo que se asume, debiéndose aplicar las consecuencias contenidas en el artículo 1058 del Código de Comercio, se procede al estudio de la misma.

Al respecto, como se evidencia del contenido de artículo 1058 enunciado, sobre cuya constitucionalidad se pronunció la corte Constitucional en sentencia C-232 de 1997, la reticencia se origina cuando el candidato a asegurado, quien requerido por la aseguradora a quien se le habrá de trasladar el riesgo sobre el estado de este, no manifiesta sinceramente sus condiciones o estas son inexactas, teniendo conocimiento de las mismas; las cuales, dada la naturaleza del seguro que se analiza, pueden corresponder a las condiciones del estado de salud de quien fungirá como asegurado.

Ahora bien, la declaración del estado del riesgo puede darse de forma espontánea o mediante la absolución de un cuestionario que la aseguradora le suministre y en el cual se formulan preguntas específicas, a efectos de acreditar aquellos elementos relevantes para el otorgamiento o no de la cobertura, o para las condiciones en que se habrá de otorgar, atendiendo por demás la facultad que tienen las aseguradoras para seleccionar los riesgos conforme con el artículo 1056 del Código de Comercio.

Precisado lo anterior, descendiendo al caso particular, de las documentales que reposan en el plenario, se encuentra que en el presente caso el demandante, firmó el documento titulado SOLICITUD-CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO NÚMERO 1881651, corresponde a la póliza DAVIVIENDA GR50000, en cuyo título *Declaración de asegurabilidad*, establece:

*“En calidad de Asegurado principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura declaro que:*

- 1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedad congénita, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-SIDA, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedades crónicas del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes-*
- 2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamiento o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.*

3. *En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.*
  4. *No tenemos limitaciones físicas ni mentales alguna.*
- (...)“

Documento en donde se indica *“reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro”*, resaltando en negrilla y bajo el título de importante:

**“Importante**

- **No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.**
- **Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio).**
- **No firme sin antes recibir el clausulado.**

**Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a la sus situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. (...)**”

Bajo el anterior contexto, se tiene que en el presente caso la declaración fue dirigida, mediante declaración que tenía como propósito el establecer el estado del riesgo mediante un formulario que con su diligenciamiento y suscripción sin ninguna salvedad conllevaba a aceptar de manera afirmativa lo allí manifestado, contentivo de elementos importantes o relevantes para determinar el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo en cuestión, y en consecuencia, determinantes para la formación del contrato, como fue expuesto por el apoderado general de la compañía de seguros.

Y es que en relación con la relevancia de la citada información, sea del caso traer a colación la decisión de la Corte Suprema de Justicia en providencia del 1 de septiembre del año 2010. Exp. 2003-00400-01, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla, en donde se dispuso: *“(...) la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro”.*

En especial, cuando se está en presencia de elementos que involucran el derecho a la salud, atendiendo que como fue reconocido por la Corte Suprema de Justicia en providencia del 13 de febrero del año 2008. Referencia: C-7300131030042004-00037-01. Magistrado Ponente Jaime Alberto Arrubla Paucar, *“(...) encuentra involucrado el derecho a la salud que como se sabe trasciende la esfera privada y, por lo tanto, según regla de principio, sometido a reserva. De ahí que si sobre su salud, se supone que el asegurado lo sabe todo, no así la aseguradora, es indudable que aquel se convierte en fuente principal y privilegiada, aunque no única, de la información, razón por la cual en la formación del contrato de seguro, se encuentra compelido a obrar con el máximo de transparencia posible”.*

Así las cosas, ante la ausencia de una discusión respecto al texto de la citada declaración, así como de elementos que permitan acreditar que en su oportunidad el asegurado hubiese requerido información adicional o aclaración respecto de duda o inquietudes sobre el contenido del documento que suscribía y sobre el cual impuso su rúbrica e impuso la huella en señal de asentamiento, sin que se pueda concluir diferente frente a las manifestaciones realizadas en el curso del interrogatorio de parte, permite concluir que en su oportunidad el señor Coneo Arteaga, no solo aceptó y avaló la información allí contenida, sino

que en el presente caso la declaración del estado del riesgo fue realizada mediante cuestionario formulado por la entidad aseguradora demandada.

Partiendo de lo anterior, toda vez que la compañía de seguros funda la reticencia o inexactitud en las condiciones no declaradas por el asegurado, en particular en lo que respecta *GASTRISTIS CRÓNICA DESDE HACE 10 AÑOS, LUMBAGO HACE DE 21 AÑOS, ENFERMEDAD VARICOSA DE MIEMBROS INFERIORES y HACE 10 AÑOS OTROS TRASTORNOS DE LOS MENISCOS* como se evidencia del escrito de contestación de la demanda, con el fin de verificar la existencia de la información presuntamente omitida y el conocimiento que tuviera el candidato en su oportunidad sobre las mismas, de los apartes de la historia clínica del actos allegados al plenario se encuentra en relación con los citados padecimiento lo siguiente:

- Historia clínica de fecha 1 de octubre del año 2018, Ministerio de Defensa Nacional Comando General de las Fuerzas Militares, bajo el aparte de enfermedad actual se precisa *“Comenta trastornos del sueño hace 11 años, menciona insomnio de conciliación y reconciliación, refiere despertares frecuentes por sueño superficial. Hay ronquido intermitente, con episodios de aparente apnea, aunque hay antecedentes de hipertrofia de cornetes y desviación septal, previamente intervenida quirúrgica, tiene nueva programación de reintervención por otorrinolaringología para dichos efectos. Comenta que viene recibiendo cetirizina 10mg/ noche prescrito por otorrinolaringología con mejora en el patrón del sueño. Niega antecedentes neuropsiquiátricos previos”*.
- Historia clínica de fecha 2 de octubre del año 2018. Hospital Militar Central con evaluación actual de *“EA: CUADRO CLINICO DE 21 AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR LUMBAR LOCALIZADO EN REGIÓN CERVICAL Y LUMBOSACRA, IRRADIADO POR LATERAL A MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, SIN OTRO SINTOMA ASOCIADO, EXACERBADO POR PIPEDO PROLONGADO, AL LEVANTAR OBJETOS PESADOS. PAR AÑP HA RECIBIDO MANEJO MEDICO CON MÚLTIPLES ANALGESICOS, TERPIA FISICA E INFILTRACIONES SIN MEJORIA”*, con diagnóstico de LUMBAGO NO ESPECIFICADO.
- Historia clínica de fecha 3 octubre del año 2018. Hospital Militar Central con motivo de consulta – enfermedad actual *“PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EDEMA DE ARTICULACIÓN DE RODILLA, PACIENTE REFIERE ESTO LE SUCEDIÓ DESPUES DE SAFENECTOMINA BILITAREAL (CARTAGENA HOSPITAL NAVAL 2007), ADICIONALMENTE REFIERE GONALGIA BILATERAL QUE SE PRESENTA CUANDO PRESENTA BIPEDESTACION PROLONGADA, SIN LIMITACIÓN PARA SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, NO LIMITACION EN ACTIVIDADES DE VIDA COTIDIANA”*.
- Historia clínica de fecha 4 de junio del año 2019, Ministerio de Defensa Nacional Comando General de las Fuerzas Militares, bajo el acápite de enfermedad actual: *“PACIENTE CON CUADRO DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL PREDOMINIO EN HEMIADOMEN DERECHO, DISTENSIONABDOMINAL, FLATULENCIA, BORBORIGNMOS, CAMBIO EN HABITO INTESTINAL DADO POR DIARREA NO DISENTRICA (...)”*

Partiendo de los citados apartes allegados con la contestación de la demanda, encuentra el Despacho que la reticencia alegada se funda en las indicaciones contenidas a los cuadros de evolución enunciados, de los cuales no se encuentran en sí mismas elementos que permitan concluir con certeza el momento desde el cual el hoy demandante presentaba el diagnóstico o el padecimiento que es objeto de reproche por la hoy demandada. Condición demás relevante en el análisis de la carga de la compañía de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio, en cuanto que la misma poseía la autorización del actor como asegurado de consultar las historias clínicas del caso.

 @SFCsupervisor  Superintendencia Financiera de Colombia  Superintendencia Financiera de Colombia  superfinanciera



Ahora bien, si en discusión se estuviera el Despacho a los citados periodos de tiempo de 21, 11 y 10 años de evolución, asimilando las mismas a las fechas de diagnóstico o padecimiento inicial de conformidad con lo expuesto por el galeno testigo en la presente actuación, no se encuentra que de las mismas se pueda concluir el conocimiento que el hoy demandante tuviera de dichos padecimientos para esos momentos, solo pudiéndose concluir el conocimiento la fecha de la epicrisis citada atendiendo a que varios de los apartes citados corresponde a condiciones de enfermedad actual o a elementos informados por el mismo paciente.

A su vez, encontrando que dentro de los interrogantes contenidos en la declaración de asegurabilidad se resalta en el numeral 3 sobre las enfermedades crónicas, del material probatorio allegado no se evidencia el momento desde el cual el asegurado tuviera el conocimiento de la condición crónica de sus padecimientos y que le llevaran a la declaración hoy reprochada.

Por su parte, en relación con la operación de operación de safenovaricectomía bilateral, reposa en el expediente el siguiente aparte:

- Historia clínica de fecha 24 de septiembre del año 2018. Hospital Militar Central concepto médico-fecha de iniciación y circunstancia en las que se presentó la afección *“enfermedad varicosa de los miembros inferiores operado safenovaricectomía bilateral año 2007 refiere edema de los MMII, dolos en la rodilla derecha y el pie derecho no ulceración, recidiva de la enfermedad venosa bilateral”*.

Condición esta que pudiera corresponder a la pregunta consignada en el numeral primero de la declaración de asegurabilidad en relación con el no haber sufrido ni sufrir actualmente de dolencias como *“... enfermedades de las arterias”*, situación de la cual, ante la intervención realizada en el año 2007 se encuentra acreditada no solo el citado padecimiento sino el conocimiento que el asegurado tuviera de los mismos al menos con anterioridad al diligenciamiento del seguro, por lo que encuentra la Delegatura acreditada la existencia de una reticencia en la información suministrada en su oportunidad.

Al respecto rememórese la sentencia C-232 de 1997, donde el máximo órgano constitucional al explicar que el régimen rescisorio especialmente contemplado por el artículo 1058 del Código de Comercio, al pronunciarse expresamente sobre su constitucionalidad, *sostuvo: “Cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico. Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.”*

Ahora bien, debe este Despacho insistir que no toda omisión o inexactitud conlleva a la nulidad del contrato a la que hace referencia el artículo 1058 del Código de Comercio, solo teniendo dicho efecto, aquellas que recaen sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, condición que impone una carga probatoria a la entidad aseguradora que pretenda el citado efecto respecto de una relación aseguraticia, máxime cuando el efecto de la misma, de conformidad con el artículo 1059 de la misma codificación conlleva a que la compañía de seguros tenga el derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

Sobre el particular, se encuentra que en relación con el citado padecimiento el testigo médico en su

 @SFCsupervisor  Superintendencia Financiera de Colombia  Superintendencia Financiera de Colombia  superfinanciera

intervención no reconoció a la misma como un padecimiento relevante en el análisis del riesgo, precisando incluso ante pregunta de la Delegatura que la citada intervención tenía como finalidad el mejorar el dolor que presentara el hoy asegurado, reiterando en diferentes respuestas que la relevancia medica era respecto de la lumbalgia y otros trastornos de los meniscos, lo que conlleva a que en el caso en estudio no se encuentre acreditado la condición que dispone el citado artículo 1058 del Código de Comercio.

Conclusión que no se desvirtúa con lo manifestado por el testigo en relación con las condiciones del amparo del seguro objeto de estudio y su expedición automática, en cuanto a que como se evidencia del mismo texto de solicitud de seguro la imposibilidad de suscribir el mismo no conlleva al rechazo de la póliza sino a la posibilidad de “acceder al seguro mediante otros procedimientos”.

A su vez, no puede desconocer la Delegatura la conducta de la misma parte demandada en relación con el continuar las renovaciones de las pólizas de seguros en las mismas condiciones frente a los anexos como el hoy debatido a pesar del conocimiento de la existencia de la controversia, y respecto de la cual no se encuentra que se hubiese realizado actuación alguna para pretender el efecto que hoy se estudia o de ajustar la prima de los amparos.

En este orden, a pesar de que la información contenida en la declaración pudiese no ajustarse al estado real de salud del actor al momento de su suscripción, como fue expuesto, el no acreditarse que dichas omisiones hubiesen conllevado a no otorgar el seguro o a otorgarlo en condiciones más onerosas, se encuentra ausentes los elementos requeridos por el artículo 1058 del Código de Comercio para otorgar el efecto pretendido por la demandada, llevando a no declarar fundada la excepción en estudio.

En este sentido, visto que el actor soporta la ocurrencia del siniestro sin que la pasiva acreditara en la presente actuación las causales excluyentes de responsabilidad aducidas desde la reclamación extraprocesal, se encuentra que Compañía de Seguros Bolívar S.A es contractualmente responsable frente al no reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de Vida Davida Integral número 5167188165109 con ocasión a la calificación que le fuera realizada al señor Dixon Coneo Arteaga en el año 2019, debiendo proceder el reconocimiento del amparo reclamado, esto es la suma de ochenta y tres millones doscientos cincuenta y dos mil trece pesos (\$83.252.013), de conformidad con el valor asegurado del amparo para el año 2019, junto con los intereses de mora conforme con el artículo 1080 del Código de Comercio, contabilizados desde el mes siguiente a la fecha en que se acreditó la ocurrencia y cuantía del siniestro, hasta la fecha efectiva de pago.

En este sentido, visto que la reclamación se presentó el 15 de septiembre del año 2020, como lo reconoce la compañía de seguro en responder al hecho tercero de la demanda, se deben calcular los citados intereses desde el 16 de octubre del año 2020.

Conllevando a declarar probada la excepción de “LIMITACIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO”

Finalmente, no habrá lugar a condena en costas por no aparecer ellas causadas ni comprobadas, conforme con el artículo 365 del Código General del Proceso.

En consideración a lo anteriormente expuesto, la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

## RESUELVE

 @SFCsupervisor  Superintendencia Financiera de Colombia  Superintendencia Financiera de Colombia  superfinanciera

**PRIMERO: DECLARAR** no probada la excepción de “*FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA ACREDITAR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SE RECLAMA*” propuesta por la Compañía de Seguros Bolívar S.A. de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta decisión

**SEGUNDO: DECLARAR** no fundada la excepción intitulada por la Compañía de Seguros Bolívar S.A. como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO*” de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de la presente sentencia.

**TERCERO: DECLARAR** probada la excepción de “*LIMITACIONES DERIVADAS DE LA PÓLIZA DE SEGURO*” propuesta por Compañía de Seguros Bolívar S.A. por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**CUARTO: DECLARAR** contractualmente responsable a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. respecto al no reconocimiento del amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE de la póliza de Vida Davida Integral número 5167188165109 con ocasión a la calificación realizada al señor Dixon Coneo Arteaga por la Junta Medico Laboral el 22 de agosto del año 2019.

**QUINTO: CONDENAR** a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. a pagar al señor Dixon Coneo Arteaga la suma de ochenta y tres millones doscientos cincuenta y dos mil trece pesos (\$83.252.013) junto con los intereses de mora del artículo 1080 del Código de Comercio contabilizados desde el 16 de octubre del año 2020 hasta la fecha efectiva de pago, suma que será pagada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

Para acreditar el cumplimiento de esta orden judicial, Compañía de Seguros Bolívar S.A. debe allegar en un lapso no mayor a QUINCE (15) días hábiles posteriores al período otorgado para el cumplimiento del fallo, la documental que demuestre el citado pago.

**SEXTO:** Sin condena en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**



**SANTIAGO RODRIGUEZ CHONA**  
ASESOR

Copia a:

Elaboró:  
SANTIAGO RODRIGUEZ CHONA  
Revisó y aprobó:  
SANTIAGO RODRIGUEZ CHONA

 @SFCsupervisor  Superintendencia Financiera de Colombia  Superintendencia Financiera de Colombia  superfinanciera

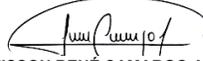
Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.  
Conmutador: +57 601594 02 00 – 601594 02 01  
www.superfinanciera.gov.co



**Superintendencia Financiera de Colombia**  
**DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**  
Notificación por Estado

La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado

Hoy 13 de abril de 2022



**JEISSON RENÉ CAMARGO ARIZA**  
Secretario

