

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2023017796-044-000



Fecha: 2023-12-12 20:14 Sec.día1444

Anexos: No

Trámite::506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc::576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE

Remitente: 80010-80010-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 : 2023017796-044-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Expediente : 2023-0763
Demandante : RITABELENNY HERRERA SIERRA

Demandados : METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 27 de noviembre, de conformidad 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

La señora RITABELENNY HERRERA SIERRA en nombre propio y en representación de su menor hijo instauró la presente acción de protección al consumidor financiero contra METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA SA con fundamento en que el señor GUILLERMO TUTA APONTE suscribió contrato de seguro de vida con dicha entidad aseguradora denominado POLIZA REAJUSTABLE DE SEGURO INDIVIDUAL temporal a 70 años, con vigencia del 04/03/2020 hasta el 04/03/2032.

Así mismo afirma, que el amparo básico del seguro, obligaba a la aseguradora a pagar \$112.744.870. por muerte por cualquier causa, razón por la cual ante la muerte del señor TUTA APONTE y siendo ellos beneficiarios, reclamó el seguro, lo cual fue objetado por la aseguradora demandada, razón por la cual solicita se le reconozca dentro de este trámite lo siguiente:

*“ 3.1. Se revoque la objeción de siniestro realizada por METLIFE SEGUROS SA., a través de comunicación fecha 02 de Septiembre de 2021 y 10 de noviembre de 2021, toda vez que la solicitud de la señora **RITABELENNY HERRERA SIERRA en nombre propio y como representante legal de su menor hijo se encuentra legitimado bajo los preceptos jurídicos establecidos en nuestro código de comercio.***

3.2. Se condene a METLIFE SEGUROS SA. a pagar a la demandante **RITABELENNY HERRERA SIERRA en nombre propio y como representante legal de su menor hijo** la suma de ciento doce millones setecientos mil cuatrocientos cuarenta y cuatro pesos \$112.744.870. correspondientes al valor asegurado en el anexo por concepto valor asegurado en la póliza de seguro suscrita.

3.3. Se condene a METLIFE SEGUROS SA a pagar a la demandante **RITABELENNY HERRERA SIERRA en nombre propio y como representante legal de su menor hijo**, la suma que resulte de los intereses moratorios causados por la mora en el no pago oportuno del seguro desde la fecha de la solicitud hasta que se compruebe su pago, Este concepto está estipulado en el artículo 1080 del código de comercio”

Enterada de la acción instaurada en su contra, la convocada a juicio se resistió a las pretensiones de la parte actora, a través de excepciones de mérito que serán materia de estudio en esta decisión, respecto de las cuales en primer lugar la Delegatura se pronunciará sobre la que se denominó **“PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR”**.

Para este propósito, cumple señalar que la prescripción es “*un modo de adquirir las cosas ajenas o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales. Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción*”, conforme lo dispone el artículo 2512 del Código Civil.

Así las cosas, se tiene que la institución de la prescripción es un mecanismo implementado por el legislador para dotar de certeza jurídica las relaciones contractuales de los asociados, evitando dejar situaciones jurídicas sin resolver de manera indefinida en el tiempo que generen incertidumbre e inconformismo, acarreando así a la imposibilidad de alcanzar uno de los fines primarios del Estado, esto es, lograr la pacífica convivencia social.

Partiendo de lo anterior, visto que la defensa en cuestión se funda en que la demanda fue impetrada habiendo superado el término del año que establece el artículo 58 de la Ley 1480 del año 2011, contabilizado desde la fecha de la muerte del asegurado, téngase de presente que como lo establecen los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, la Superintendencia Financiera de Colombia cuenta con las facultades propias de un juez para decidir de manera definitiva “*las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público*” (Subrayado de la Delegatura).

Partiendo de lo anterior, atendiendo que el numeral 3 del artículo 58 de la Ley 1480 del año 2011, dispone que “*Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato, En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía,*” disposición, que conforme con lo establecido en el numeral 6 del mismo artículo 58 corresponde a un término prescriptivo, dada la competencia de la Delegatura para el conocimiento de controversias netamente contractuales, conlleva a que la acción debiera presentarse dentro del año siguiente a la terminación del contrato.

A partir de lo expuesto, no se puede desconocer que la parte actora se compone de dos personas conforme a la solicitud del seguro número 100016364, una de las cuales corresponde a un menor de edad, L.F.T.H. de 7 años para el momento de la vinculación, conforme se demuestra en la solicitud del seguro, quien actúa por conducto de su progenitora como representante legal, es decir, la señora

RITABELENNY HERRERA SIERRA en un 50%, quien además funge como beneficiaria del otro 50%, conforme se extrae de la siguiente documental:

Primer Nombre:	LUIS	Segundo Nombre:	FELIPE	Tercer Nombre:	
Primer Apellido:	TUTA	Segundo Apellido:	HERRERA		
Edad:	7	Porcentaje:	50%		
Relación con el Asegurado	Hijo(a)				
Plan al que aplica el Beneficiario	Temporal 70 años				

Primer Nombre:	RITABELENNY	Segundo Nombre:		Tercer Nombre:	
Primer Apellido:	HERRERA	Segundo Apellido:	SIERRA		
Edad:	37	Porcentaje:	50%		
Relación con el Asegurado	Cónyuge/Compañero				
Plan al que aplica el Beneficiario	Temporal 70 años				
Tipo de Identificación:	Cedula	Número de Identificación:	52903374		

Condición que asume relevancia en tanto que dada la condición de menor de edad, frente a los mismos no ha iniciado a contabilizar el término de prescripción, conforme ha sido expuesto en decisión SL10641-2014, donde se reiteró la CSJ SL 11 dic. 1998, rd. N° 11349, oportunidad en la que se dijo sobre la suspensión de la prescripción frente a los menores de edad:

“En el derecho común, aplicable por remisión a los créditos laborales, el artículo 2541 del Código Civil contempla la suspensión de la prescripción extintiva de las obligaciones y remite al artículo 2530 ibídem para identificar las personas en cuyo favor opera tal figura, dentro de las cuales el artículo 68 del decreto 2820 de 1974, que modificó parcialmente aquella disposición, incluye a 'Los menores, los dementes, los sordomudos y quienes estén bajo patria potestad, tutela o curaduría'.

Si la norma transcrita extiende el beneficio de la suspensión de la prescripción a los menores, los dementes y los sordomudos, y expresamente se refiere a quienes cuentan con representación legal (patria potestad y guarda), es claro que la suspensión opera sin consideración a que exista o no tal representación, por lo que debe entenderse que el modificado artículo 2530 del CC contiene un beneficio para determinadas personas a quienes la ley protege sin importar que el sujeto cuente o no con un representante legal eficiente o ineficiente, por lo que el error en que aquel incurra, no puede afectar la situación jurídica del representado”.

Decisión que evoca a su vez el mismo argumento por las sentencias CSJ SL 30 de octubre de 2012 no. 39631 y N.° 45677 del 29 de octubre de 2014.

Por estas razones la excepción analizada frente al menor L.F.T.H. no está llamada a prosperar.

No obstante, lo propio no ocurre respecto a la señora Ritabelenny Herrera Sierra, pues a ella no se extienden los parámetros antedichos, máxime cuando, de acuerdo a las condiciones de la póliza, fueron designados en porcentajes iguales como beneficiarios, es decir, son derechos independientes.

Bajo este contexto, tenemos que el señor GUILLERMO TUTA APONTE falleció el 13 de junio de 2021, por lo que, ante la ausencia de uno de los elementos del contrato de seguros, como lo es el riesgo asegurable, conforme lo establece el artículo 1045 del Código de Comercio, el contrato no produce efecto alguno. Así las cosas, producto del fallecimiento del asegurado terminó la póliza bajo análisis.

Ahora bien, el 5 de julio de 2021, se presentó la reclamación por parte de los demandantes ante la aseguradora demandada y, por ende, en tal fecha se interrumpió el término de prescripción de la acción de protección al consumidor, en los términos que prevé el artículo 94 del Código General del Proceso, de allí que el plazo máximo que le asistía a la citada demandante para interponer la acción de

protección al consumidor financiero finiquitaba el 5 de julio de 2022. Sin embargo, la demanda se radicó hasta el 20 de febrero de 2023.

Además téngase en cuenta que el citado término prescriptivo puede ser interrumpido también por las causales consignadas en los artículo 2539 del Código Civil, siendo estas el reconocimiento de la obligación por el deudor, expresa o tácitamente (siendo esta la interrupción natural) y la demanda judicial (interrupción civil), eventos no se acreditó hayan acaecido dentro de la actuación.

En consecuencia, la excepción estudiada tendrá vocación de prosperidad respecto de la señora Ritabelenny Herrera Sierra, por lo que se acogerá parcialmente.

Definido entonces que sobre el otro demandante sí procede el análisis de lo pedido por no haber decaído su acción, reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, corresponde entonces al Despacho establecer la existencia de la responsabilidad contractual de la demandada en lo que respecta a la solicitud de afectación de la POLIZA REAJUSTABLE DE SEGURO INDIVIDUAL temporal a 70 años donde figuraba como asegurado el señor Guillermo Tuta Aponte con ocasión a su fallecimiento.

Para tal efecto, es de anotar que las partes no debaten la existencia del contrato de seguro y del amparo reclamado, así como la reclamación formulada en su oportunidad por la parte actora y la objeción emitida por la aseguradora en comunicaciones del 2 de septiembre de 2021 y el 10 de noviembre de 2021, y visto que el fundamento de la negativa obedece a la reticencia en la información otorgada respecto a las condiciones del estado de salud del asegurado, debiéndose dar aplicación al efecto establecido por el legislador en el artículo 1058 del Código de Comercio, sin que en el curso de la reclamación extraprosesal, o en el del trámite de la demanda se debatiera la acreditación de la ocurrencia del siniestro, procede entonces el Despacho al estudio de las citadas causales excluyentes de responsabilidad planteada por la aseguradora, las cuales, además resultan ser el fundamento de las excepciones denominadas **“NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO”**.

De cara al particular, cumple memorar que la declaración del estado del riesgo puede darse de forma espontánea en la cual el tomador-asegurado informa, los hechos o circunstancias que rodean el riesgo 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 a la facultad que tienen las aseguradoras para seleccionar los riesgos conforme con el artículo 1056 del Código de Comercio.

Pues bien, de la solicitud del seguro de la POLIZA REAJUSTABLE DE SEGURO INDIVIDUAL temporal a 70 años que se aportó al presente trámite se advierte la respectiva declaración de asegurabilidad cuyo propósito fue el establecer el estado del riesgo, en especial el de salud del señor Guillermo Tuta Aponte (q.e.p.d.) conforme se evidencia del mismo texto, a través del cuestionario de salud, cuyas preguntas son formuladas al asegurado conforme al proceso establecido por la aseguradora denominado “protocolo de salud”. Una vez finalizadas y diligenciadas las respuestas suministradas por el asegurado, son digitalizadas por el asesor y se crea un documento en el sistema. Esto conforme lo narró y lo expuso la asesora SHIRLEY BERMUDEZ que participó en el proceso de ofrecimiento y colocación de la póliza.

La información suministrada en dicho documento es validada por el asegurado en el documento denominado *“validación solicitud del seguro”* que aparece con huella y firma del asegurado y no fue

tachado de falso por la parte demandante. En ese sentido, la Delegatura se estará al contenido del mismo.

Precisado lo anterior, encuentra la Delegatura que la información consultada contenía elementos importantes o relevantes para el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo, y que, en consecuencia, consideraba determinantes para la formación del contrato.

En dichos documentos se le indagó, entre otras preguntas, en el siguiente sentido:

*“Tiene conocimiento de haber tenido alguna enfermedad física o mental aparte de las ya mencionadas?
¿Ha sido sometido a electrocardiograma, rayos x, tomografías u otro tipo de análisis durante los últimos 6 meses?*

¿Se encuentra próximo a iniciarse estudios o tratamientos médicos de alguna enfermedad no declarada anteriormente?

¿Esta Usted siendo estudiado por alguna dolencia, se le ha aconsejado algún análisis médico por alguna enfermedad no declarada anteriormente?”

Interrogantes, que como se aprecia de las citadas documentales, se contestaron negativamente y frente a los cuales tampoco se hizo precisión de alguna de patología que estuviera relacionada con las enlistadas por la aseguradora demandada como fundamento de la negativa al reconocimiento reclamado por la accionante.

Al respecto, se debe tener en cuenta que en el interrogatorio de parte efectuado a la señora Shirley Bermúdez asesora de Metlife Colombia de Seguros de Vida quien fue la encargada del proceso de comercialización y colocación de la póliza REAJUSTABLE DE SEGURO INDIVIDUAL temporal a 70 años tomada por el señor Guillermo Tuta Ponte afirmó que *“tienen un protocolo de salud y se formulan preguntas sobre salud al asegurado y solo lee las preguntas sin efectuar ningún tipo de precisión”* frente a preguntas como *¿Ha sido sometido a electrocardiograma, rayos x, tomografías u otro tipo de análisis durante los últimos 6 meses?*

Ahora bien, atendiendo a que, en el caso en estudio, la reticencia o inexactitud soporte de la objeción deviene de las condiciones de salud no declaradas por el asegurado el señor Guillermo Tuta Ponte procede este Despacho a verificar la existencia de la información presuntamente omitida y el conocimiento que tuviera el candidato a asegurado sobre esas condiciones.

En tal sentido, consultada la historia clínica del asegurado allegada por la aseguradora demandada en su contestación (la cual no fue tachada ni desconocida) y por la IPS Keralty (derivados 30, 35 y 36), emerge de la misma que el señor **Guillermo Tuta Ponte**, se le había practicado una biopsia de próstata para el 29 de enero de 2020, cuya fecha de validación del diagnóstico **“ADENOCARCINOMA ACINAR DE PRÓSTATA, GLEASON 3 + 4 = 7, GRADO GRUPO 2, EN EL NÓDULO DOMINANTE, DE LOCALIZACIÓN: ÁPEX A MEDIO”** fue posterior a la suscripción del seguro, conforme se indica en el resultado remitido por la EPS Sanitas 02 0EE QQ 00 550 09 92 42 con fecha de validación del 17/08/2020 (derivado 36), así mismo en la historia clínica del asegurado No.19482211C61 se indica **“X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA, MES: AÑO: . CONFIRMA ANTECEDENTE. 11/08/2020 06:39”** (pág.2 de 12 Clínica Universitaria Colombia derivado 030).

Además, se evidencia en la Historia Clínica No. 19482211 aportada por la aseguradora en la contestación de la demanda, que el asegurado el 11 de diciembre de 2019, fue diagnóstico de apnea de sueño hace alrededor de 8 meses. (derivado 012 anexo 11).

Por lo anterior, en lo que tiene que ver con la biopsia que le fue practicada en enero de 2020, téngase en cuenta que como se expusiera en precedencia no se hizo precisión a que se refería el cuestionario: *¿Ha sido sometido a electrocardiograma, rayos x, tomografías u otro tipo de análisis durante los últimos 6 meses?*; es decir, que no se puede predicar una reticencia del consumidor cuando no se le indica y explica que abarca esa pregunta, qué tipo de análisis adicionales a los mencionados cubija la misma, circunstancia que tiene que ir de la mano con lo que establece en el numeral 1º el artículo 37 de la ley 1480 de 2011, como es, haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. Agréguese a lo dicho que cuando le diagnostican el tumor maligno ya estaba vinculado a la póliza, pues ello ocurrió hasta agosto de 2020.

Ahora bien, en lo que guarda relación con que desde 2019 padecía de apnea del sueño, es de señalar que en ninguna de las preguntas formuladas en la declaración de asegurabilidad que se contestaron negativamente se hizo precisión alguna de patología que estuviera relacionada con la que ahora se dice es soporte de la objeción, por lo que tampoco se puede predicar reticencia respecto de un riesgo que no se consideraba relevante al momento de la vinculación.

Y en este punto, conviene recordar que el artículo 1058 del Código de Comercio consagra la SANCIÓN POR INEXACTITUD O RETICENCIA, estableciendo no sólo la obligación de: *“declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, (...). Sino también que: “La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.”*

Es decir, 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.

No obstante, de la revisión de las pruebas obrantes en el presente proceso, no es posible concluir dichas circunstancias, como quiera que más allá del dicho de aquella no obra en el plenario documental alguna **de la cual se pueda establecer de manera objetiva** cuál fue el grado de riesgo asumido por la aseguradora, **ni las razones por las cuales las condiciones de salud del asegurado -apnea del sueño y biopsia- sobrepasan el mismo**, lo que justificaría su actuar en el sentido de extraprimar o no contratar para la época de asunción del riesgo, no pudiéndose surtir dicha evaluación para el momento de la reclamación o incluso en el curso del proceso judicial.

En este punto es importante precisar que en el interrogatorio de parte practicado al Representante Legal de la aseguradora manifestó que *“las políticas de suscripción no están documentadas en un manual, hacen parte de la experiencia del negocio que realiza la compañía de seguros, para conocer el porcentaje de extra prima ante la declaración de un antecedente médico, la aseguradora cuenta con un aplicativo denominado “el calculador ayuda web lipídico” dispuesto con el reasegurador”,* y a su vez la señora Yonaira Calderón suscriptora de seguros de la aseguradora, quien intervino como testigo en la actuación, también aludió la misma circunstancia, es decir, que las políticas de suscripción no están documentadas en un manual, hacen parte de la experiencia del negocio usual que realiza la persona del área de suscripción de compañía aseguradora y que para establecer la tarifa de extra prima para los casos en que el asegurado indique algún antecedente médico, lo da con la ayuda del aplicativo denominado *“web lipídico”* dispuesto con el reasegurador, de lo que no se puede tener por acreditado cuál hubiese sido el actuar de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A, si hubiese conocido de la apnea del sueño sufrida por el asegurado y la práctica de la biopsia prostática efectuada el 29 de enero de 2020.

Ahora, del documento denominado “*políticas de suscripción y expedición individuales*” (derivado 34) tampoco se verifica que en aquel se contenga o aluda al actuar de la aseguradora respecto a si la omisión por parte del asegurado de informar los antecedentes de salud hubiese conllevado a no otorgar el seguro o a otorgarlo en condiciones más onerosas

En este punto, es de señalar que el pretender otorgar el efecto del 1058 del Código de Comercio ante cualquier omisión en padecimiento o diagnóstico conllevaría al absurdo de que cualquier condición médica en sí misma no decretada diera automáticamente el efecto pretendido, trasladando la carga impuesta por el legislador a la entidad aseguradora al consumidor, lo que sería contrario al principio de debida diligencia que poseen las entidades vigiladas por esta Superintendencia, como se expuso en decisión de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia SC 3791 de 2021 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

En este orden de ideas, no encuentra la Delegatura ni que hubiere sido reticente el demandante ni tampoco cuál habría sido el actuar de la aseguradora en caso de haber conocido o podido conocer las condiciones de salud del demandante, ante lo que se habrá de declarar infundada la excepción denominada por la aseguradora como “***NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO***”

En punto a la excepción de la “***INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE INTERESES DE MORA A CARGO DE METLIFE***”, habiéndose acreditado la ocurrencia del siniestro -muerte del asegurado- y que la cuantía de la pérdida no es un elemento de demostración en tanto corresponde al valor asegurado pactado por las partes, y que para la vigencia de la Póliza Reajutable de Seguro de Vida Individual No. 5726800 ascendía a \$112.744.870, conforme se evidencia en la solicitud del seguro 100016364 del 25 de febrero de 2020, se encuentra que Metlife Seguros de Vida S.A. es contractualmente responsable frente al no reconocimiento del amparo de muerte por cualquier causa de la póliza Reajutable de Seguro de Vida Individual No. 5726800, debiendo proceder el reconocimiento del amparo reclamado, esto es, el 50% del menor demandante, que equivale a la suma de \$56'372.435,00 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, esto es, desde el 5 de agosto de 2021, lo que conlleva a denegar esta defensa.

De acuerdo a lo hasta aquí dicho se declarará probada la excepción denominada: “***LA RESPONSABILIDAD DE METLIFE ESTÁ LIMITADA AL VALOR ASEGURADO***” como quiera que contractualmente este no se excede del límite del valor asegurado, ya que los intereses de mora son una obligación legal.

De otra parte, en cuanto a la excepción denominada “***CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN POR PARTE DE METLIFE***”, se tiene que de acuerdo con la información que obra en el expediente (pruebas documentales 6, 7 y 8 del derivado 12) se entregó al asegurado el certificado individual de la Póliza y las condiciones generales aplicables a ella el 5 de marzo de 2020 a las 08:19 p.m., esto es, un día después del inicio de vigencia de la Póliza. Lo anterior, se puede verificar con el acuse de recibo que se aporta con la contestación y en donde se evidencia lo siguiente:

[EXT] Conf: Su Poliza de Seguro METLIFE - ID486093

Confirmación <acknowledge@r1.rpost.net>
Para COL - Poliza_electronica

Acknowledgement.xml
Archivo .xml

Responder Responder a todos Reenviar

jueves 5/03/2020 8:19 p. m.

Acuse de Envío de Certimail - Su Mensaje está en Proceso

Este mensaje certifica que el siguiente email fue enviado.

Categorías	Detalles del Mensaje	
Para:	<guillermotutaaponte@gmail.com>	
Cc:		
Asunto:	Su Poliza de Seguro METLIFE - ID486093	
Recibido por Certimail:	(UTC: 5 horas delante de hora Colombia) 06/03/2020 01:18:11 AM	(Local) 05/03/2020 08:18:11 PM
Número de Guía:	AFC9480BEF0D081BB6E0702018D7172B0150523E	
Código de Cliente:		

Notas:

- *UTC representa Tiempo Universal Coordinado (la hora legal para Colombia es 5 horas menos que UTC):
<https://www.worldtimebuddy.com/utc-to-colombia-bogota>
- Certimail enviará un Acuse de Recibo Certificado™ como evidencia digital de entrega, contenido transmitido y fecha/hora dentro de las próximas dos horas.
- Todas las direcciones en Bcc serán incluidas en su email de Acuse de Recibo Certificado.
- El Acuse de Recibo Certificado contiene la lista completa de direcciones de destinatarios a los cuales el mensaje fue

Así las cosas, se concluye que el asegurado tenía conocimiento de las condiciones del producto contratado, por lo que la anotada defensa está llamada a prosperar, pero carece de efectos para modificar el reconocimiento según el análisis precedente.

Por último, frente a la excepción denominada “**SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, LÍMITES, EXCLUSIONES Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PÓLIZA**”, se muestra carente de efectos de cara a derribar la responsabilidad de la aseguradora demandada pues el análisis expuesto se cibió precisamente a las condiciones de la póliza.

No se condenará en costas a la aseguradora ante la prosperidad parcial de la demanda de conformidad con lo establecido en el numeral 5º del artículo 365 del Código General del Proceso.

En consecuencia, 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

PRIMERO: DECLARAR probadas la excepción de mérito formulada por **METLIFE SEGUROS DE VIDA S.A.** denominadas “LA RESPONSABILIDAD DE METLIFE ESTÁ LIMITADA AL VALOR ASEGURADO” y “**CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN POR PARTE DE METLIFE**” de conformidad con lo expuesto en esta audiencia.

SEGUNDO: DECLARAR probada parcialmente la excepción de “**PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR**”, en lo que respecta a la señora RITABELENNY HERRERA SIERRA

TERCERO: DECLARAR no fundada la excepción de “**NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO**” y no probada la de “**INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE INTERESES DE MORA A CARGO DE METLIFE**”, por las razones expuestas.

CUARTO: DECLARAR carente de efectos al medio exceptivo denominado “*SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, LÍMITES, EXCLUSIONES Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PÓLIZA*”, acorde a lo dicha en esta decisión.

QUINTO: CONDENAR a **METILFE SEGUROS DE VIDA S.A.** a pagar, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión, la suma de **\$56'372.435,00** por la Póliza Reajutable de Seguro de Vida Individual No. 5726800, al menor L.F.T.H. a través de su representante legal RITABELENNY HERRERA SIERRA.

Además de dicho valor, se deberán pagar los intereses de mora frente la suma reconocida, conforme lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio, los cuales deberán liquidarse desde el 5 de agosto de 2021 hasta la fecha de pago total.

SEXTO: ORDENAR que dentro del lapso de cinco (5) días hábiles siguientes al cumplimiento de esta sentencia por parte de las demandadas acrediten que acataron lo ordenado en esta decisión, remitiendo con destino al expediente del caso los respectivos soportes de cumplimiento de lo aquí decidido.

SÉPTIMO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

OCTAVO: NO CONDENAR en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

80010-COORDINADOR DEL GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Copia a:

Elaboró:

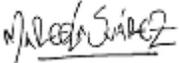
EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

Revisó y aprobó:

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

Superintendencia Financiera de Colombia
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
Notificación por Estado

La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado
Hoy 13 de diciembre de 2023


MARCELA SUÁREZ TORRES
Secretario