

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2022167940-059-000



Fecha: 2023-11-28 20:42 Sec.día2397

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 : 2022167940-059-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Expediente : 2022-4399
Demandante : MIKE ALEXIES SANABRIA HERRERA

Demandados : SEGUROS DE VIDA SURA

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 16 de noviembre, de acuerdo a 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,

I. ANTECEDENTES

EL señor **MIKE ALEXIES SANABRIA HERRERA**, actuando a través de apoderado judicial promovió demanda en ejercicio de la acción de protección al consumidor en contra de **SEGUROS DE VIDA SURA S.A.**, entidad vigilada por esta Superintendencia, pretendiendo que se le obligue a hacer “*efectivo el pago de las pólizas No 81004620577, BAN 105731866 y 8300045910, con un saldo de \$324.616.000*” así como “*los intereses moratorios a la tasa máxima decretada por la superintendencia financiera de Colombia a partir del día 17/09/2022 hasta la fecha que se haga efectiva el pago*”.

Mediante auto del 6 de octubre de 2022 se admitió la demanda y se notificó a la entidad demandada, quien en oportunidad se opuso a las pretensiones con la proposición de excepciones de mérito.

De las excepciones formuladas, se corrió traslado a la parte demandante, quien se pronunció al respecto, por lo que el Despacho se estará al contenido de las pruebas documentales que obran en el plenario, frente a las cuales no existe desconocimiento o debate alguno entre los opuestos procesales.

I. CONSIDERACIONES

Conforme con 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” (se resalta), en ejercicio de la acción que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, ha denominado Acción de Protección al Consumidor.

Teniendo en consideración la competencia que tiene la Delegatura para conocer de las controversias contractuales que surjan entre consumidores financieros y las entidades vigiladas por esta Superintendencia surgidas de los contratos que éstas últimas ofrecen; se tiene que está probado en el expediente la existencia de los contratos de seguro de vida números 81004620577, 8300045910 y BAN 105731866, en los cuales funge como asegurado el señor **MIKE ALEXIES SANABRIA HERRERA**.

Los contratos mencionados tienen regulación en el en el título V del libro Cuarto del Código de Comercio artículos 1036 al 1162, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, debiéndose resaltar en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado en dicha disposición por la Ley 1480 del 2011 –Estatuto del consumidor-. Lo anterior, atendiendo el interés público que presenta la actividad financiera y aseguradora de conformidad con el artículo 335 de la Constitución Política de Colombia.

De igual forma, sin perder de vista que las mencionadas relaciones contractuales objeto de estudio, emergen de un escenario de expresa protección constitucional, basando tanto en el del derecho del consumidor previsto por el artículo 78 de la Carta Política, como en el ejercicio de la actividad aseguradora, de evidente interés público como lo establece el artículo 335 ibídem. Bajo dicho marco, la ejecución de los contratos impone precisos deberes de diligencia a las partes contratantes, y en especial a las vigiladas por esta Superintendencia Financiera, determinados por aspectos tales como la utilidad que éste les reporta, experiencia, profesionalismo, poder negocial, ubicación en el contrato.

En torno al estándar de diligencia propio de las entidades vigiladas, la ejecución de las operaciones que les corresponden debe estar precedida y acompañada por un conjunto de medidas tuitivas, de precaución e información dispuestas para salvaguardar el interés público que la actividad aseguradora y financiera comporta, medidas exigibles en el ámbito contractual por virtud de lo establecido en el artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y la Ley 1328 de 2009. Tales medidas son correlato del derecho de los usuarios a recibir productos y servicios con estándares de seguridad y calidad (literal a del artículo 5° y b del artículo 7° de la Ley 1328 de 2009), incorporando el artículo 5° de la Ley 1328 citada, un conjunto de derechos que integra el núcleo mínimo de protección vigente *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*.

Conforme lo anterior, procederá la Delegatura a establecer si existe responsabilidad contractual de Seguros de Vida Suramericana S.A., en virtud de los contratos de seguro vida números 81004620577, 8300045910 y BAN 105731866, con ocasión a los amparos de Incapacidad Total y Permanente, producto de la calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada al demandante el día 23 de agosto de 2022.

Decantado lo anterior y atendiendo a que la controversia con la entidad aseguradora encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de unos riesgos asegurados, o en términos del artículo 1072 del Código de Comercio, un siniestro, se debe estar el Despacho en su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto al asegurado/beneficiario como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, siendo éstas, la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso; y, al asegurador, la acreditación de los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

En el caso en concreto la parte actora dio cumplimiento a lo establecido en el artículo 1077 de la codificación comercial, ya que aportó con la demanda dictamen de pérdida de capacidad laboral de la Junta regional de calificación de invalidez del Norte de Santander No 88232050 del día 23 de agosto 2022, a través del cual se le dictaminó al demandante una pérdida de capacidad laboral de 89.60%.

Ahora bien, la prueba de la cuantía se demuestra mediante las pólizas de vida objeto de litigio. Sobre este punto visto que la controversia emana de unos contratos de seguro de vida y conforme lo establece el artículo 1138 del Código de Comercio *“en los seguros de personas, el valor del interés no tendrá otro límite que el que libremente le asignen las partes contratantes, salvo en cuanto al perjuicio a que se refiere el ordinal 3º del artículo 1137 sea susceptible de evaluación cierta”*, el reconocimiento pretendido resulta ser el valor asegurado por las partes en la póliza objeto de litigio, el cual para la póliza número 81004620577 es de \$300.000.000, para la póliza número BAN 105731866 corresponde al valor de \$17.000.000 y finalmente para la póliza número 8300045910 el valor corresponde al saldo insoluto de la deuda para el momento del siniestro, esto es, la estructuración de la pérdida de capacidad laboral (conforme condiciones generales de la póliza, las cuales fueron aportados por la aseguradora con la contestación de la demanda), por lo que el valor de la deuda para el 13 de enero 2022 fecha de estructuración de pérdida de capacidad laboral, es de \$7.854.000 conforme certificado expedido por la tomadora del seguro (documento allegado por la aseguradora con la contestación de la demandada), mediante el cual certifica el valor del crédito para el día 13 de enero 2022.

A raíz de lo expuesto, se tiene que la parte activa probó siniestro y su cuantía, por lo que se tiene que se cumplió a cabalidad con lo establecido en el art 1077 del Código de Comercio Colombiano, conllevando así a tener por no acreditada la excepción denominada por la aseguradora como *“INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR RESPECTO DE LAS PÓLIZAS DE VIDA No. BAN 105731866, 83000465910 Y 81004620577”*.

Definido lo anterior, procede el despacho revisar las causales excluyentes alegadas por la aseguradora demandada con fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio, el cual faculta a las compañías de seguros para que atendiendo unos parámetros económicos, legales, técnicos y actuariales –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración, al disponer que, *“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”*.

Siendo expresión de la citada potestad, la posibilidad de determinar los riesgos cuya materialización entran a ser amparados por las entidades aseguradoras al momento de otorgar la cobertura, fuera mediante la definición del amparo o mediante el pacto de condiciones contractuales encaminadas a delimitar determinado riesgo, como fueran las exclusiones a las coberturas, las cuales al ser convalidada por el tomador del seguro, se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio.

Debiéndose precisar en relación con la exclusión, la misma tiene la virtualidad de restringir o delimitar los riesgos asumidos por la entidad aseguradora, en el sentido en que a pesar de que se materialice el hecho configurativo de riesgo para la póliza, no nace un derecho al asegurado o beneficiario frente al citado contrato y, en consecuencia, la correlativa obligación al asegurador de indemnizar o reconocer el valor asegurado según sea el caso.

Ahora bien, dado el escenario de protección constitucional en que se ejerce la acción de la referencia, y partiendo de los planteamientos efectuados por los opuestos procesales en sus diferentes intervenciones, se debe insistir que ni la facultad de delimitación de los riesgos dada por la ley a las aseguradoras, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, les permiten a las entidades sustraerse de las obligaciones

establecidas por la ley, en especial aquellas de protección del consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009.

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. alega que conforme a las exclusiones que se cita a continuación no es posible acceder a la afectación de los amparos de incapacidad total y permanente de las pólizas objeto de litigio, ya que la incapacidad dictaminada al demandante provino de enfermedades originadas o adquiridas antes de la contratación de los seguros materia de controversia

Es importante precisar que la póliza de vida No. 81004620577 fue adquirida en marzo del 2021, la póliza No. 8300045910 en septiembre del 2021 y finalmente la póliza de vida No. BAN 105731866 se adquirió en junio del 2021.

Entonces, se señala que a conforme las condiciones de la póliza No 8300045910, las cuales se anexaron con la contestación de la demanda, se estableció como exclusión la siguiente:

“Enfermedades congénitas o lesiones, defectos físicos y enfermedades originadas o adquiridas antes de la contratación de la cobertura”

Para la póliza No 8300045910, en virtud de las condiciones aportadas también con la contestación de la demanda, se estableció como exclusión la siguiente:

“Enfermedades congénitas o lesiones, defectos físicos y enfermedades originadas o adquiridas antes de la contratación de la cobertura, salvo que no las conocieras. Las preexistencias son hechos ciertos y por lo tanto se consideran inasegurables”*

**Siempre debes tener en cuenta lo que se haya definido al respecto en las condiciones particulares de tu póliza”*

Finalmente, la póliza de vida No BAN 105731866 estableció en sus condiciones las cuales también se anexaron con la contestación de la demandada la siguiente exclusión:

“Enfermedades congénitas o lesiones, defectos físicos y enfermedades originadas o adquiridas antes de la contratación de la cobertura, salvo que no las conocieras. Esta exclusión aplica así declares que padeces la enfermedad al momento de contratar la cobertura”

Ahora bien, para que sean eficaces, téngase en cuenta las consecuencias que impuso el legislador en cuanto a no brindar la debida información a los consumidores financieros sobre los productos financieros, insertas en los artículos 37 y 39 del Estatuto del Consumidor -LEY 1480 DE 2011-, que disponen:

“ARTÍCULO 37. CONDICIONES NEGOCIALES GENERALES Y DE LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN. Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.

2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.

3. En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo” (Se resalta).

Sobre este punto es importante referir lo analizado por la Sala Civil - Corte Suprema de Justicia en el fallo SC1301-2022 del 12 de mayo 2022 con respecto al artículo 37 de la ley 1480 de 2011.

“Por su parte, al asegurador le compete otorgar al tomador información suficiente, oportuna, verificable, clara, exacta y verdadera, en especial sobre los amparos básicos y exclusiones, permitiendo que este entienda a cabalidad las condiciones contractuales; de manera que, acaecido el siniestro y satisfechas las condiciones que el beneficiario debe colmar para reclamarle la indemnización, debe proceder a pagarla completa y oportunamente...”

En sentido similar, la Ley 1480 de 2011, por medio de la cual se expidió el Estatuto del Consumidor, en su capítulo II, artículo 37, prevé los requisitos mínimos que deben cumplir las condiciones negociales generales y de los contratos de adhesión, entre ellas, «haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales» (num. 1), y específicamente, para lo que interesa a este asunto, en su numeral 3, dispone que, en los contratos de seguros, «el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías», sancionando con ineficacia, teniéndolas como no escritas, las condiciones generales de dichos contratos que no reúnan los requisitos allí señalados (inciso final)...

Una interpretación armónica y sistemática de ese plexo normativo indefectiblemente permite corroborar, como se indicó en la parte inicial de las consideraciones de este segmento, que en materia aseguraticia las diferentes fases de los pactos se rigen por el principio de la buena fe en sus distintas expresiones, en especial el deber de información catalogado por la doctrina como un deber o regla secundaria de conducta, que en estos casos impone a las entidades vigiladas brindar al otro contratante como consumidor de los servicios por ellas ofrecidos información «cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas» (lit. c, art. 3. L. 1328 de 2009), y en su calidad de predisponentes en los contratos de adhesión, informar «suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales», y particularmente, en los contratos de seguro, le impone al asegurador el deber de hacer «entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías». La efectividad de los citados mandatos de protección de los contratantes adherentes y, por lo mismo, débiles en la relación mercantil de consumo, está garantizada en la misma normativa. Así, es irrefutable que tanto el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009, como el inciso final del artículo 37 del Estatuto del Consumidor, cuando aluden a que ciertas cláusulas «se tendrán por no escritas» consagran un caso específico de ineficacia por inexistencia no del negocio jurídico en su integridad, sino de las cláusulas que, en su orden, contravengan las pautas de proscripción de abusividad o los requisitos de las condiciones generales en los contratos de adhesión.”

Ahora bien, en lo que respecta al artículo 39 del Estatuto del Consumidor, este dispone:

“ARTÍCULO 39. CONSTANCIA DE LA OPERACIÓN Y ACEPTACIÓN. *Cuando se celebren contratos de adhesión, el productor y/o proveedor está obligado a la entrega de constancia escrita y términos de la operación al consumidor a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes a la solicitud. El productor deberá dejar constancia de la aceptación del adherente a las condiciones generales. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones bajo las cuales se deberá cumplir con lo previsto en este artículo.”*

Lo que también se requiere a las vigiladas por esta Superintendencia, según se prevé en la Circular Básica Jurídica 029 de 2014, en su **PARTE I INSTRUCCIONES GENERALES APLICABLES A LAS ENTIDADES VIGILADAS TÍTULO III COMPETENCIA Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR FINANCIERO CAPÍTULO I: ACCESO E INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO**

“1.1.2. Protección a la libre concurrencia de oferentes para la contratación de pólizas de seguro en instituciones financieras por cuenta de sus deudores

1.3.2.4. Deber de información y manuales de procedimiento

Las entidades vigiladas que otorguen créditos que conlleven la necesidad, legal o contractual, de contar con seguridades adicionales constituidas por seguros, deben disponer lo necesario, en materia de la transparencia en sus operaciones, para que sus deudores asegurados puedan ejercer eficazmente la libertad que les otorga la ley y que corresponde proteger a esta Superintendencia.

Así, para la debida ilustración al deudor, las entidades vigiladas deben informarle por escrito sobre las posibilidades con que cuenta para acreditar la seguridad adicional que constituye el seguro y las condiciones de aceptación o rechazo de las pólizas que presente. En el mismo sentido, cuando el deudor opte por su adhesión como asegurado a la póliza tomada por la entidad de crédito, esta debe suministrarle información sobre los requisitos y el procedimiento para el perfeccionamiento de su inclusión. Para tal efecto, deben establecerse mecanismos expeditos, objetivos y claros, que consten en los correspondientes manuales de procedimiento y que permanezcan a disposición de esta Superintendencia en la respectiva sede social de la entidad vigilada”.

En virtud de lo anterior, revisada la foliatura no encuentra la Delegatura acreditado que se le hayan informado suficiente, anticipada y expresamente al demandante sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales, ni que se haya entregado de modo anticipado del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías, cuando el accionante era tomador y asegurado dentro de los contratos de vida terminados en 0577 y 1866 y en todo caso en el terminado en 5910 igualmente también le incumbían dichas obligaciones a la entidad aseguradora para con el asegurado.

Nótese que con la contestación de la demanda, así como en cumplimiento de los requerimientos oficiosos de la Delegatura, no obra prueba que acredite tal circunstancia y con las testigos que expusieron su versión en el expediente, la que tiene que ver con la póliza 5910 manifestó que ella no fue directamente quien ofreció y colocó la póliza, al paso que la asesora que participó en el ofrecimiento de la póliza terminada en el número 0577 puso de presente que ella informó sobre la póliza al demandante de forma telefónica y que frente a la remisión de las condiciones se las envió vía whatsapp sin que repose prueba alguna de esta última situación.

Por lo expuesto, las exclusiones alegadas no le resultan eficaces al consumidor demandante, razón por la cual la excepción denominada por la aseguradora demandada como “**HECHO EXPRESAMENTE EXCLUIDO EN LAS PÓLIZAS DE VIDA No. 81004620577, BAN 105731866, 83000465910**” no está llamada a prosperar.

Resuelto lo anterior, procede el despacho al estudio de la causal excluyente de la responsabilidad relacionada con la reticencia en la información otorgada por parte del señor **MIKE ALEXIES SANABRIA HERRERA** respecto a sus condiciones de estado de salud al momento de suscribir las pólizas objeto de litigio, debiéndose así analizar lo establecido por el legislador en el artículo 1058 del Código de Comercio, por lo que procede entonces el Despacho al estudio de las excepciones denominadas como “**NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR.**” y “**NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIO DEL CONSENTIMIENTO**”.

Frente al punto, es de señalar 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 la facultad que tienen las aseguradoras para seleccionar los riesgos conforme con el artículo 1056 del Código de Comercio.

Pues bien, de las pólizas de vida números 81004620577, 8300045910 y BAN 105731866, se aportaron al presente trámite las respectivas declaraciones de asegurabilidad cuyo propósito son el establecer el estado del riesgo, en especial el de salud del señor **SANABRIA HERRERA** conforme se evidencia de los

mismos textos, a través del cuestionario de salud ya que éste fue propiciado por la compañía de seguros hoy demandada. Dichos documentos no fueron desconocidos ni tachados de falsos, por lo que la Delegatura se estará al contenido de estos.

Sin embargo, sí encuentra la Delegatura importante o relevante hacer precisión que la declaración de asegurabilidad de la póliza terminada en el número 0577, no puede ser demostrativo de la asunción del estado del riesgo por parte de la aseguradora, habida cuenta que acorde a lo expuesto por la asesora Marly Yenifer Hernández Bonilla, en su testimonio, la misma advirtió que el documento que se le remite al cliente es el firma cliente sin que se le envíe la declaración de asegurabilidad, teniéndose en cuenta para diligenciar su contenido la pregunta general hecha por teléfono al asegurado respecto a cómo se encontraba su estado de salud y si padecía enfermedades graves, sin detalle alguno adicional, por lo que de entrada respecto a dicho producto no puede predicarse que hubiera reticencia.

Precisado lo anterior, encuentra la Delegatura que la información consultada en las demás declaraciones de asegurabilidad 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,

Póliza de vida No 8300045910:

*“Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto al miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol (tratado con medicamentos), ceguera, triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrames, isquemias o trombosis cerebrales, epilepsia, enfisema (EPOC), bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, **tumores malignos**, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, diabetes, pancreatitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, **trastornos psiquiátricos**, colitis ulcerativa, hipertiroidismo, parálisis, deformidades corporales, **sordera total o parcial**, hernia de columna, pérdida funcional o anatómica, otra enfermedad”* (Negrilla por el despacho)

Póliza de vida No BAN 105731866:

*“Declaro que gozo de buena salud y que no tengo, ni he tenido, ni me han diagnosticado: valvulopatías, triglicéridos altos (tratados con medicamentos), bronquitis crónica, SIDA o VIH positivo, pancreatitis, cirrosis, ceguera, enfermedades en la sangre, síndrome de down, infarto del miocardio, derrames, cáncer, insuficiencia renal, enfermedades de la glándula tiroides, retardo mental, **sordera total o parcial**, enfermedad coronaria, asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticado posterior a los 5 años), arritmias, isquemias o trombosis cerebral, leucemia, esclerosis múltiple, úlcera péptica, **trastornos psiquiátricos**, parkinson, aneurisma, epilepsia, lupus, artritis reumatoidea, colitis, parálisis, artrosis, trasplantes, enfisema (EPOC), **tumores malignos**, hepatitis B o C, deformidades corporales, pérdida anatómica funcional, reemplazo articulares.”* (Negrilla por el despacho)

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

Así las cosas, atendiendo a que la reticencia o inexactitud soporte de las objeciones deviene de las condiciones de salud no declaradas por el asegurado el señor **MIKE ALEXIES SANABRIA**, 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, la aseguradora **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** expone en sus objeciones referentes a las pólizas materia de controversia, las cuales fueron aportadas con la contestación de la demanda (derivado 007), que las patologías que el asegurado omitió declarar en las pólizas contratadas fueron: trastorno de ansiedad no especificado, hipoacusia neurosensorial bilateral, dolor de columna dorso lumbar con radiculopatía a miembros inferiores y tumor benigno de testículo.

Sobre este punto revisada la historia clínica del demandante, la cual fue allegada por la aseguradora demandada con su contestación (derivado 007), se tiene que efectivamente el demandante desde por lo menos 2018 padecía de trastorno de ansiedad no especificado, desde 2019 hipoacusia neurosensorial bilateral, desde enero 2021 dolor de columna dorso lumbar con radiculopatía a miembros inferiores y finalmente desde el 12 de marzo 2021 del tumor benigno de testículo.

Conforme lo anterior y teniendo como base las declaraciones de asegurabilidad diligenciadas por el demandante para ingresar a las pólizas materia de controversia, no podría predicarse unas omisiones por parte del asegurado al manifestar su estado de salud y mala fe por parte de este, al no mencionar sus condiciones de trastorno de ansiedad no especificado, hipoacusia neurosensorial bilateral, dolor de columna dorso lumbar con radiculopatía a miembros inferiores y tumor benigno de testículo, ya que los mismos formatos de asegurabilidad, al exponer en detalle las condiciones relevantes para la contratación del seguro, omitieron mencionar las patologías antes relacionadas.

Sobre este punto es importante agregar que el señor **MIKE ALEXIES SANABRIA** no es médico de profesión, para poder conocer específicamente si en primer lugar un trastorno de ansiedad se pueda catalogar como un trastorno psiquiátrico, que la hipoacusia sea una sordera total o parcial, y que además los dolores de espalda que padecía pudiesen encajar dentro de alguna pregunta formulada en las declaraciones de asegurabilidad.

Finalmente, en lo relacionado con el tumor benigno de testículo padecido por el demandante, las declaraciones de asegurabilidad solo hablan de tumores malignos, por lo que no existe reticencia en omitir mencionar el padecimiento de un tumor benigno.

Por lo anteriormente expuesto, no se pueda predicar una reticencia por parte del señor **SANABRIA** al momento de suscribir las pólizas de vida números 8300045910 y BAN 105731866.

Ahora bien, si en gracia de discusión se pudiese predicar una reticencia por parte del demandante al momento de suscribir las pólizas de vida materia de controversia, de la revisión de las pruebas obrantes en el presente proceso, no es posible concluir de manera objetiva cuál fue el grado de riesgo asumido por la aseguradora, **ni las razones por las cuales los padecimientos del asegurado sobrepasan el mismo**, lo que justificaría su actuar en el sentido de extraprimar o no contratar para la época de la asunción de los riesgos, no pudiéndose surtir dicha evaluación para el momento de la reclamación o incluso en el curso del proceso judicial.

Por lo tanto, no se encuentra debidamente probado que dicha omisión hubiese conllevado a la aseguradora demandada a no otorgar los seguros o a otorgarlos en condiciones más onerosas, encontrado así ausente una de las condiciones requeridas por el artículo 1058 del Código de Comercio para otorgar el efecto pretendido mediante la nulidad relativa pretendida por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

En consecuencia, la delegatura declarará no fundadas las excepciones denominadas por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR.*” y “*NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIO DEL CONSENTIMIENTO*”, de conformidad con lo anteriormente mencionado.

Expuesto todo lo anterior, la Delegatura encuentra acreditada la responsabilidad de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** con relación de los contratos de seguro vida números 81004620577, 8300045910 y BAN 105731866, con ocasión a los amparos de incapacidad total y permanente y/o invalidez, debido a la calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada al demandante el día 23 de agosto de 2022, por lo que no se dará prosperidad a las excepciones denominadas por la aseguradora como “*INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR*” y “*COBRO DE LO NO DEBIDO*”, lo que conlleva a condenar a **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** al reconocimiento y pago de las sumas correspondientes al valor asegurado en la póliza vida No. 81004620577 por el valor de \$300.000.000, para la póliza No BAN 105731866 el valor de \$17.000.000 y finalmente para la póliza No 8300045910 el valor corresponde al saldo insoluto de la deuda para el momento del siniestro, esto es el valor de \$7.854.000.

Con relación a las pólizas de vida individual No 81004620577 y BAN 105731866, los pagos deberán pagarse a favor del hoy demandante el señor **MIKE ALEXIES SANABRIA**. Con relación a la póliza vida grupo deudor No 8300045910 esta póliza deberá pagarse en favor de la entidad COMERCIAL MEYER en razón del crédito No HM-815 y si existen excedentes entregárselos al accionante.

Además, **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** deberá pagar los intereses de mora conforme lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio, los cuales deben empezar a contarse un mes después de la fecha en la cual se presentó la respectiva reclamación y hasta la fecha efectiva de pago. Sobre este punto en el expediente digital se evidencia a derivado 000 folio 28, correo electrónico del 30 de agosto 2022 por parte del apoderado del hoy demandante, dirigido a la aseguradora poniendo en conocimiento el siniestro y solicitando la afectación de las pólizas con ocasión al amparo de incapacidad total y permanente, por lo que se calcularán los intereses de mora desde el 30 de septiembre 2022.

En este orden, la Delegatura declarará probada las excepciones denominadas por la aseguradora demandada como “*SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO*” y “*LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD, CONDICIONES DEL SEGURO, DEDUCIBLE Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.*”

Finalmente, esta Delegatura condenará en costas a la parte vencida. Se incluirá como agencias en derecho la suma de \$2'000.000.

Conforme con lo 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

PRIMERO: DECLARAR NO FUNDADA las excepciones denominadas por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR.*” y “*NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO DE SEGURO POR VICIO DEL CONSENTIMIENTO*”, de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

SEGUNDO: DECLARAR NO PROBADA la excepción denominada por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como “*INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR RESPECTO DE LAS*

PÓLIZAS DE VIDA No. BAN 105731866, 83000465910 Y 81004620577”, “HECHO EXPRESAMENTE EXCLUIDO EN LAS PÓLIZAS DE VIDA No. 81004620577, BAN 105731866, 83000465910”, “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR” y “COBRO DE LO NO DEBIDO”, de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

TERCERO: DECLARAR PROBADA las excepciones tituladas por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como “SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO” y “LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD, CONDICIONES DEL SEGURO, DEDUCIBLE Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO” de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

CUARTO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. por el incumplimiento de los contratos de seguro vida números 81004620577, 8300045910 y BAN 105731866, con ocasión a los amparos de incapacidad total y permanente y/o invalidez, debido a la calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada al demandante el día 23 de agosto de 2022.

QUINTO: CONDENAR a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a pagar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión en favor del señor **MIKE ALEXIES SANABRIA**, las pólizas de vida individuales números 81004620577 y BAN 105731866, por los valores de \$300.000.000 y \$17.000.000 respectivamente. En lo relacionado con la póliza de vida grupo deudor No 8300045910 se condena a pagar en favor de la sociedad COMERCIAL MEYER en razón del crédito No HM-815 el valor de \$7.854.000. En caso de excedentes estos se devolverán al accionante.

Además de lo anterior se condena a los intereses de mora que establece en el artículo 1080 del Código de Comercio calculados desde el 30 de septiembre 2022 hasta la fecha efectiva de los pagos.

SEXTO: El cumplimiento de la orden que se imparte en esta sentencia deberá ser acreditado por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes contados a partir de la expiración del plazo otorgado para el mismo, advirtiéndose que el incumplimiento de las órdenes aquí impartidas puede ocasionarle la sanción de que trata el numeral 11 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011.

SÉPTIMO: CONDENAR en costas a la parte vencida. Inclúyase como agencias en derecho la suma de \$2'000.000.

En firme 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:

Superintendencia Financiera de Colombia
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
Notificación por Estado

La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado
Hoy 29 de noviembre de 2023



MARCELA SUÁREZ TORRES
Secretario