

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2023036672-067-000



Fecha: 2024-03-07 21:47 Sec.día 215714

Anexos: No

Trámite:: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES
Tipo doc:: 576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Remitente: 80010-6-80010-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 : 2023036672-067-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Expediente : 2023-1622
Demandante : LUZ ENIT VALENCIA MUÑOZ

Demandados : SEGUROS DE VIDA SURA

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 22 de febrero del año 2024 (derivado 066), 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

La señora **LUZ ENIT VALENCIA MUÑOZ** por conducto de apoderado, formuló acción de protección al consumidor de la cual da cuenta los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y artículo 24 del Código General del Proceso en contra de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** y **BANCOLOMBIA S.A.**, pretendiendo lo siguiente: *“Le solicito respetuosamente se cancele a mi representado, la suma total, equivalente al 100% del valor asegurado.”* Pretensión respecto del contrato de seguro de vida grupo deudor en el cual funge como asegurada en virtud del crédito ****3316 adquirido por un valor de 8.000.000 a 60 meses de plazo con BANCOLOMBIA y fue desembolsado el día 08 de octubre de 2021.

Demanda que fue inadmitida mediante auto que reposa en el derivado 005 del expediente, requiriendo a la parte actora para que aclarara la cuantía se aportara escrito de subsanación mediante memorial y anexos que reposan en los derivados 008 y 009 se allegó subsanación de la demanda y se admitió la misma mediante auto que reposa en el derivado 011.

Admitida la demanda, fueron debidamente notificadas las demandadas, quienes se opusieron en oportunidad a las pretensiones de la demandada con la formulación de sendas excepciones de mérito,

reposando en el derivado 019 la contestación de la demanda presentada por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** y en el derivado 020 la contestación de la demanda presentada por **BANCOLOMBIA S.A.**, de las que se le corrió traslado a la parte actora como consta en el derivado 021 quien guardó silencio, ingresando el proceso al Despacho para fijar fecha de audiencia (derivado 023), posteriormente se convocó a las partes a audiencia inicial precisando que se agotaría la etapa de la conciliación de conformidad con la regla sexta del artículo 372 al cual remite el artículo 392 del Código General del Proceso, la cual se declaró fallida y se convocó a las partes para la continuación de la audiencia como consta en el archivo de audio y vídeo adjunto al acta de audiencia que reposa en el derivado 042.

Agotadas las etapas procesales de que trata el artículo 392 *ibidem* el cual remite a los artículos 372 y 373 del mismo Código, procede el despacho a resolver en derecho la controversia planteada, de conformidad con las pruebas legal y oportunamente allegadas al plenario y las disposiciones que regulan tanto al contrato de seguro como a la actividad aseguradora, ante la ausencia de discusión sobre la naturaleza del contrato base de controversia.

Para este propósito, encontrándose reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, partiendo de la competencia otorgada a la Delegatura conforme con los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, en virtud de la cual 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”*, en ejercicio de la acción invocada por la actora y que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011 ha denominado Acción de Protección al Consumidor; corresponde al Despacho establecer si le asiste responsabilidad contractual a **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** y/o a **BANCOLOMBIAS.A** en virtud de la póliza de vida grupo en la que fue vinculada la señora LUZ ENIT VALENCIA en virtud del crédito identificado con el número terminado en 3316, respecto del amparo de Incapacidad Total y Permanente con ocasión de la calificación fechada del 21 de diciembre de 2022 mediante la cual se le dictaminó una PCL 72,43% y si en virtud de ello se accede o no a las pretensiones de la demanda.

Al respecto, siendo pacífico entre las partes la existencia del contrato de seguro que sirve de fundamento de la acción, es del caso advertir el mismo corresponde a un contrato de seguro, el cual se encuentra regulado en el Código de Comercio en el Título V del LIBRO CUARTO, artículos 1036 al 1162, así como a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, entre otras disposiciones, debiéndose resaltar 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-, atendiendo a que la actividad aseguradora presenta un interés público cuya actividad en el territorio nacional se encuentra restringida y regulada.

Debiendo resaltar que dentro de las citadas disposiciones, el artículo 1056 del Código de Comercio 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, y aceptada por el asegurado, se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio.

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.

Por lo que sea del caso reiterar lo expuesto por esta Superintendencia en diferentes decisiones, sobre la especial protección que le resulta exigible a la aseguradora frente a los deberes que para la protección de los consumidores estableció el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en sus artículos 100 y 184, así como la Ley 1328 de 2009, en particular las obligaciones de *“Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos”* y *“Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado”* de conformidad con lo dispuesto en los literales b) y c) del artículo 7.

Y es que atendiendo al interés público que cobija la actividad aseguradora, es que el contrato incorpora las citadas regulaciones especiales en protección del consumidor, que resultan de imperativo cumplimiento para la entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia y constituyen lineamientos dentro de los cuales se cumplen las obligaciones contractuales pactadas, comoquiera que se trata de derechos del consumidor financiero protegidos *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*, como lo establece el artículo 5 de la misma ley.

En efecto, ha sostenido la Corte Constitucional en sentencia C-640 de 2010, respecto a la luz del régimen de protección al consumidor financiero:

“...la actividad financiera, bursátil y aseguradora es, pues, una actividad esencial para el desarrollo económico; constituye principal mecanismo de administración del ahorro del público y de financiación de la inversión pública y privada y está fundada en un pacto intangible de confianza. Se trata de la confianza por parte de los usuarios en que las obligaciones derivadas de la respectiva obligación serán rutinariamente satisfechas. Y esa confianza está a su vez cimentada en una regulación adecuada y en la convicción pública de que las entidades que hacen parte del sistema están vigiladas técnica y profesionalmente”.

Ya en punto de la actividad aseguradora, en la citada providencia, la Corte Constitucional, remitiéndose a lo dicho en la sentencia C-409 de 2009, afirmó que el mecanismo de previsión del riesgo que ofrece el sector asegurador formal:

“se fundamenta en el propósito de cumplir con la función social consistente no sólo en proteger el patrimonio del asegurado o amparar a los beneficiarios del seguro por los daños que ocasionó la ocurrencia del hecho riesgoso cubierto (que ya es mucho), sino en proteger la confianza y la seguridad que reclama la economía de mercado y en general el desenvolvimiento de la vida social y económica del mundo contemporáneo, intangibles valiosos propios a toda sociedad con un estadio medianamente avanzado de civilización, y por los cuales los seguros en general, representan aspectos vitales en las relaciones humanas”.

Así entonces, el ejercicio de la actividad aseguradora conlleva implícitamente el cumplimiento por parte de la entidad que a ello se dedica profesionalmente, de los deberes especiales que le son exigibles, correlativos al beneficio que ésta recibe por la prestación de sus servicios.

Bajo el anterior marco conceptual, téngase de presente que el acceso a la información adquiere 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 Nacional 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 al público en su comercialización”*, postulado que se desarrolló en el ya varias veces citado título primero de la Ley 1328, donde a su vez 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, que, en relación con el contrato de seguro, 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 emprender las acciones correspondientes, sin que tal deber pueda ser delegado en un tercero como pudiera ser el tomador de la póliza.

Lo anterior sin perjuicio de las prácticas de protección propia de los consumidores, a quienes corresponde, conforme el literal b) del artículo 6° de la norma en comento que dispone *“Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas”*. De lo anterior, se concluye que existen obligaciones tanto en cabeza de las entidades vigiladas de cumplir con lo ofertado, como de los consumidores, que deben informarse sobre los productos que piensan adquirir o emplear, todo ello en el marco del contrato suscrito entre las partes y siempre que sus disposiciones no conlleven cláusulas abusivas que restrinjan los derechos del consumidor financiero ni releven de responsabilidad a la entidad vigilada.

Y es que, 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 sentencia T-136 del 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”*.

A lo anterior, ha de sumarse lo referente a la debida diligencia que se requiere de las entidades vigiladas, soportadas en el principio contenido en el literal a) del artículo 3 de la Ley 1328 de 2009, en virtud del cual *“Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, los siguientes: a) Debida diligencia. Las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, a fin de que estos reciban la información y/o la atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones. En tal sentido, las relaciones entre las entidades vigiladas y los consumidores financieros deberán desarrollarse de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas ... c) Transparencia e información cierta, suficiente y OPORTUNA. Las entidades vigiladas DEBERÁN SUMINISTRAR A LOS CONSUMIDORES financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas”*.

Aspecto que ha sido igualmente refrendado por el Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil en sentencia del 3 de diciembre del 2021, Magistrado Ponente Ricardo Acosta Buitrago, expediente 11001-31-99-003-2020-01643-01 que conoció en segunda instancia el recurso de alzada contra la sentencia proferida por esta Delegatura en el expediente 2020-1643, al indicar lo siguiente:

“1. Esta causa se promovió como una acción del consumidor financiero, luego su análisis se debe agotar con atención a los principios que informan esta clase de asuntos, según lo dispuesto por las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011. En particular se destacan, del Título I de la primera regulación, contentivo del “régimen de protección al consumidor financiero”, que su artículo 3 consagró i) la debida diligencia que las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, lo que implica que, en el desarrollo de sus relaciones, “se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas” (literal a) y ii) la obligación de transparencia que les impone “suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigilada” (literal c, ibídem), sin perjuicio de otras disposiciones aplicables al respecto.

A su vez, el artículo 7 asignó a las entidades vigiladas obligaciones en torno al producto que ofrecen, como “suministrar información comprensible y publicidad transparente clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado” (lit. c) y “elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación...” (lit. f). Esto encuentra eco en el artículo 23 de la Ley 1480 de 2011, al consagrar que “los proveedores y productores deberán suministrar a los consumidores información, clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre los productos que ofrezcan (...).”

Las citadas disposiciones evidencian que “el consumidor ostenta una posición de especial protección en las relaciones jurídicas, cuya salvaguarda debe estar garantizada por el ordenamiento jurídico”, al reconocer “la existencia de asimetrías negócias asociadas a la dinámica propia del mercado”.

Específicamente, sobre el acceso completo, veraz y oportuno a la información, como condición elemental, inherente a toda actividad de consumo, ha dicho la Corte Constitucional que ... “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”.

Por otra parte, la Corporación (Corte Constitucional) explicó: “entre los principios que deben regir las relaciones de las entidades financieras y los consumidores, según lo establece el literal a) del artículo 3 de la ley 1328 de 2009, se encuentra el relativo a la debida diligencia. De tal principio se deriva un verdadero derecho subjetivo del consumidor financiero a ser atendido de forma respetuosa. Ello implica que el comportamiento de las entidades financieras debe orientarse a la satisfacción de las necesidades del consumidor de conformidad con la oferta, el compromiso y las obligaciones acordadas”.

Lo anterior aunado a lo expuesto por la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia: SC3791-2021. Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01. 1º de septiembre de 2021.

“El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador. Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato» 11. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde armar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento”.

Así las cosas, para el caso en cuestión, no solo se debe estar a las disposiciones que regulan al contrato de seguro, sino a las que establecen las condiciones de la actividad dentro del que se enmarca el de protección al consumidor, demás aplicable en el presente caso, atendiendo a que el actor como asegurado del amparo pretendido tiene la calidad de consumidor financiero. Elemento relevante en cuanto el desconocimiento o insatisfacción de obligaciones derivadas del negocio jurídico o de cualquier convención válida, imponen a la parte incumplida la carga de las consecuencias desfavorables, situación que en la doctrina y la jurisprudencia se ha denominado como “*responsabilidad contractual*”, en cuyo marco se analizará el caso concreto atendiendo la competencia de la Delegatura.

Definido lo anterior, en cuanto a la información suministrada al consumidor asegurado hoy demandante, se tiene que en interrogatorio de parte rendido en audiencia manifestó que se presentó en la oficina del barrio Tequendama de Cali de BANCOLOMBIA solicitando un crédito por 16.000.000 y entregó los documentos para el estudio del crédito, le dijeron que le informarían si era aprobado, mediante llamada le informaron que le aprobaron un préstamo por la suma de 8.000.000 y concertó ir en la tarde a firmar los documentos para formalizar el crédito, se presentó en la oficina los firmó, le entregaron los documentos del crédito y los guardó en su oficina donde trabajaba. Información que fue corroborada por la asesora comercial que rindió testimonio en la presente acción. La actora también manifestó que no recuerda que le hayan dado información sobre el contrato de seguro específicamente, tampoco que le hayan preguntado por su estado de salud, afirma que sí se le informó sobre las condiciones del crédito porque era el producto que necesitaba adquirir, así mismo manifestó que autorizó el correo luciritostar1986@hotmail.com.

Aunado a lo anterior, el representante legal de la aseguradora afirmó que las condiciones del contrato de seguro se le entregaron personalmente a la señora LUZ ENITH VALENCIA en el momento en que suscribe los documentos para el desembolso, la solicitud del seguro, los documentos necesarios para el desembolso en la sucursal bancaria, así mismo, la asesora comercial manifestó que le dio la información sobre el contrato de seguro y que el cliente es el que diligencia la información en el documento de solicitud de seguro de vida y que le entregó copia de ese formulario y que respecto del clausulado particular y

general no se le entregó copia ya que en la página web de Bancolombia pueden consultar el clausulado, también puso de presente en respuesta a las preguntas del apoderado de la demandante, que no conocía a fondo el clausulado general y particular del seguro y que lo que le explica al cliente es que el seguro paga la deuda en caso de que el cliente falte y que le cubre incapacidad total y permanente de resto el cliente lee el formulario y puede tomarse el tiempo que requiera para leerlo y firmarlo.

De lo anterior, se evidencia que a pesar de que la actora adquirió el contrato de seguro en las instalaciones del banco contando con la asesoría de quien compareció y rindió testimonio, quien manifiesta que si bien recibió capacitaciones sobre seguros éstas fueron más enfocadas en los contratos de seguro que ofrecen en el día a día, más no en el seguro de vida deudor no, lo que es coherente cuando manifestó que no conoce a fondo el condicionado del contrato de seguro razón por la cual tampoco podría explicarlo a la asegurada hoy demandante.

De todo lo anterior, se concluye que no hay certeza de que se le haya suministrado la debida información a la asegurada hoy demandante, previo y al momento de adquirir el contrato de seguro objeto del litigio, así mismo, se tiene que no se le hizo pregunta por pregunta de la dos que aparecen en la declaración de asegurabilidad ni se le explicaron las mismas, dejando de cumplir la aseguradora con el deber de información precitado situación que conlleva a tener como no probada la excepción intitulada como *“cumplimiento por parte de SURAMERICANA de sus obligaciones legales y contractuales SURAMERICANA”* propuesta por la aseguradora demandada y la intitulada como *“CUMPLIMIENTO LEGAL Y CONTRACTUAL DE BANCOLOMBIA S.A.”* propuesta por Bancolombia.

Definido lo anterior y el marco normativo, identifica el despacho que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para 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 estas 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 de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo que procede entonces el Despacho al estudio de los motivos de inconformidad expuestos por la demandada, los cuales se tradujeron en los medios exceptivos propuestos por la aseguradora y analizado el presente caso a la luz del citado precepto normativo, tenemos que la controversia tiene por fuente la afectación del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza del contrato de seguro vida grupo deudores certificado individual en el que fungió como asegurada La señora LUZ ENITH VALENCIA MUÑOZ en calidad de deudora del crédito identificado con el número terminado en ****3316 cuyo tomador es el BANCOLOMBIA S.A.

Al respecto, toda vez que de conformidad con el artículo 1046 del Código de Comercio, el contrato de seguro se prueba por confesión o por escrito, mediante la póliza de seguro, que contiene la información y documentales enunciadas en los artículos 1047 y 1048 de la misma codificación, vistas las documentales allegadas al plenario sin que fueran desconocidas en su oportunidad por los opuestos procesales, se encuentra que el aludido seguro, corresponde a los denominados seguros de grupo, catalogado como colectivo, en donde una persona natural o jurídica a nombre de terceros o con el fin de amparar un interés particular, asegura simultáneamente y bajo una misma póliza a un número plural de riesgos (en este caso La señora demandante), sin que las infracciones respecto de una de las personas o intereses afecten a los demás, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 1064 del Código de Comercio.

Ahora bien, visto que las partes tuvieron como hecho probado los siguientes:

1. La señora LUZ ENIT VALENCIA MUÑOZ adquirió un contrato de crédito identificado con el numero *****3316 por un valor de 8.000.000 a 60 meses de plazo con BANCOLOMBIA y fue desembolsado el día 08 de octubre de 2021, adquirido de forma presencial.
2. La señora LUZ ENIT VALENCIA MUÑOZ firmó solicitud DE seguro de vida grupo deudores libre inversión fechada del 8 de octubre de 2021.
3. Que ese día la Señora LUZ ENIT VALENCIA RECIBIO DOCUMENTOS RELACIONADOS.
4. Fue vinculada como asegurada a la póliza de vida grupo deudores tomada por BANCOLOMBIA con SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA certificado individual identificado con numero terminado.
5. La señora LUZ ENIT VALENCIA MUÑOZ fue dictaminada con una PCL del 72,43% por la junta de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional de Seguros Bolívar fechada del 21 de diciembre de 2022 con fecha de estructuración 18 de julio de 2022.
6. con base en el dictamen de PCL la señora VALENCIA presentó solicitud de afectación de la póliza a la aseguradora demandada, de la que se derivó respuesta fechada del 30 de enero de 2023 objetando el pago de la indemnización en afectación del amparo de incapacidad total y permanente.
7. La señora VALENCIA MUÑOZ presentó reconsideración de la que se derivó la comunicación fechada del 13 de febrero de 2023 mediante la cual la aseguradora ratificó la objeción.

Citados los hechos relevados de prueba por las partes, se recuerda que la aseguradora formuló la excepción intitulada como “Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud El contrato de seguro (Póliza de Vida),” argumentando que la asegurada hoy demandante dejó de informar a la aseguradora respecto de su estado de salud, en la declaración de asegurabilidad, se procede a su estudio.

Y para este propósito se tiene que, en interrogatorio de parte practicado a la demandante que no se le dio información sobre las condiciones del contrato de seguro y que los documentos que le fueron entregados los guardó en su lugar de trabajo, documentos a los que luego no pudo acceder dada las condiciones de su retiro por el deterioro de su salud, sin embargo, la asesora comercial afirmó que solo se le entregó el formulario de solicitud de seguro aportado por la aseguradora demandada en el que se evidencia que no tiene las condiciones generales y particulares del contrato. También se evidenció que no se le explicaron las dos preguntas que aparecen en el acápite de declaración de asegurabilidad ni los efectos de la respuesta que se marcará.

Lo anterior aunado a que, si bien se demostró la existencia de enfermedades padecidas por la demandante antes del inicio de vigencia del contrato de seguro como la citada en la calificación de pérdida de capacidad laboral “*Polineuropatías inflamatorias, Diagnostico específico: CIPD- Polineuropatía inflamatoria desmielinizante crónica – Cuadriplejía flácida, dolor neuropático*” entre otras afecciones, lo cierto es que la aseguradora no demostró que si hubiese tenido conocimiento hubiese extraprimado o se hubiese abstenido de otorgar el amparo de incapacidad total y permanente.

Al respecto, se tiene que la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante Sentencia SC-167-2023-2019-00025-01, Recordó los elementos de interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio Colombiano, norma en la que la pasiva funda su excepción, estableciendo lo siguiente:

“4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil¹; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución²; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del

riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado³; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento⁴; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó⁵; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente⁶.

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

4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.

4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar.

En este punto, se destaca, por su mayor claridad, la exposición sobre el tópico contenida en la sentencia SC de 11 de abril de 2002, Exp. 6825, donde se acotó que:

«Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con la nulidad del seguro las declaraciones viciosas que le impidieron conocer el real estado del riesgo, le exige que sea diligente, que use de esos especiales conocimientos que debe de tener en razón de ser un profesional, a fin de percatarse del real estado del riesgo, lo cual conlleva en muchas ocasiones un análisis de delicado equilibrio por parte del juzgador a efectos de que no quede en letra muerta la sanción de la nulidad relativa por reticencias so pretexto de que el asegurador no indagó por sí mismo por el real estado del riesgo, pues ésta no es obligación que la ley le imponga, sino deber profesional que es dable sopesar en cada caso, mediante un análisis obviamente posterior, pero en el cual el juzgador debe mentalmente ubicarse antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, a fin de verificar cómo debió haber actuado el asegurador frente al riesgo que se le propuso asumir. De allí que la Corte, en reciente ocasión haya señalado que “le corresponde al intérprete del seguro, en particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstancias determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba» (Sentencia del 2 de agosto de 2001, Exp. 6146)”.

Por lo anterior y de conformidad con la condición física de la asegurada hoy demandante al momento de vincularse al contrato de seguro objeto del litigio, en cuanto a sus padecimientos manifestó que no los conocía con claridad porque se trataron de unas afecciones que se fueron agravando sin conocer el alcance que podrían tener hasta llevarla a una pérdida de capacidad laboral, lo anterior, aunado a que no se evidencia como la aseguradora pretendió demostrar el elemento subjetivo de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio, pues no demostró cuál sería su actuar si hubiese conocido del padecimiento de la actora para el momento en el que asumió el riesgo, por lo que la excepción de mérito en estudio en relación tiene dos aspectos relevantes, el primero relacionado con el estado de salud de la asegurada antes de suscribir el seguro y el segundo si la compañía de seguros, al conocer de tales padecimientos, la hubiera asegurado o no, o si lo hubiera hecho en otras condiciones.

Expuesto lo anterior, se tiene que en el presente proceso no está probado cuál hubiese sido el actuar de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. para el año 2021, si hubiese conocido el estado de salud de la asegurada, además no se acreditan cuáles eran las políticas aplicables por la aseguradora con respecto a los padecimientos por ella sufridos, para el mes de octubre de 2021 frente a la póliza de vida grupo deudores relacionada con el crédito adquirido por la actora con el BANCOLOMBIA S.A., además de las atestaciones del representante legal de la referida aseguradora no son suficientes para tener por acreditados los supuestos que den lugar a la declaración de nulidad pretendida por la aseguradora demandada.

Aunado a lo expuesto, tampoco puede soslayar la Delegatura, de un lado, que la declaración de la representante legal se constituyó como elemento de convicción para la pretendida nulidad del contrato con posterioridad a la presentación de la demanda mas no al momento de la asunción del riesgo por parte de la aseguradora; y, de otro, que aun cuando no se desconoce la importancia que el cuestionario de asegurabilidad tiene para para la contratación y el análisis de riesgo por parte de la aseguradora, el mismo no tiene la virtualidad de demostrar que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. se hubiera retraído de asumir el riesgo o asumirlo 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 diagnostico 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 consecuencia, la Delegatura declarará infundada la excepción denominada por la aseguradora como *“Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud El contrato de seguro (Póliza de Vida).”* Y, en consecuencia, también se tendrá como no probada la excepción intitulada como *“Retención de primas a título de pena como consecuencia de la nulidad relativa del contrato de seguro.”* Propuestas por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Seguidamente, se tiene que la aseguradora formuló la excepción intitulada como *“7. Ausencia de derecho contractual para pretender el pago de la indemnización,”* en que el asegurado hoy demandante dejó de informar a la aseguradora respecto de su estado de salud, en la declaración de asegurabilidad, se procede a su estudio inicial.

En este orden, atendiendo que la controversia frente a la compañía de seguros encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de un riesgo asegurado, es del caso estarse a la verificación de la carga establecida por el legislador en el artículo 1077 del Código de Comercio, el cual establece *“Corresponderá 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 artículo 167 del Código General del Proceso, con ocasión al cual incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

Al respecto, en relación con el acreditar la ocurrencia del siniestro, entendido este como “*la realización del riesgo asegurado*” de conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, se debe inicialmente establecer cuáles son las condiciones del contrato de seguro base de controversia. Y para este propósito, el artículo 1046 *ibidem* dispone que el contrato de seguro se “*probará por escrito o por confesión*”, precisando que se denomina póliza al documento contentivo del contrato, el cual deberá redactarse en castellano y firmarse por el asegurador.

A su vez, los artículos 1047 y 1048 de la misma codificación establecen que debe contener la citada póliza y que documentos hacen parte de la misma, debiéndose resaltar que conforme a las citadas disposiciones además de las condiciones generales se debe indicar “9) *Los riesgos que el asegurador toma su cargo*” y “11) *Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes*”, así como que hacen parte de la misma la solicitud firmada por el tomador y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

Para este propósito, reposa en la actuación copia de las condiciones del contrato de seguro vida grupo deudor celebrado entre SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA y BANCOLOMBIA como tomador del cual se cita del clausulado particular la redacción del amparo que se pretende afectar en la presente acción, el cual corresponde al clausulado general y particular que define el riesgo asumido por la aseguradora así:

“Invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad (Incapacidad Total y Permanente – ITP)

La invalidez será la pérdida de capacidad laboral igual o mayor al cincuenta por ciento (50%) de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez vigente al momento de la calificación, la cual deberá ser certificada por los organismos legalmente habilitados para tal efecto.

Se entenderá ocurrida la invalidez al momento de su estructuración.”

En complemento de lo anterior, el clausulado general que establece que la fecha de ocurrencia del siniestro es la fecha de estructuración

“2. INVALIDEZ, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad quedas inválido, es decir pierdes de forma permanente el 50% o más de tu capacidad laboral, o sufres alguna de las siguientes pérdidas e inutilizaciones, SURA pagará el beneficio con el que tienes la deuda el valor asegurado, la parte restante de este se entregará a ti. (...)

- ✓ *La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración, es decir, el día en que ocurrió el siniestro.*
- ✓ *Cuando presentes una reclamación podrás aportar los conceptos o calificaciones que hayan emitido las entidades habilitadas como las EPS, AFP, ARL y juntas de calificación de invalidez (...)*

Como se extrae de las condiciones generales y particulares aportadas por la aseguradora y la entidad financiera con la contestación de la demanda y en atención a las pruebas decretadas de oficio que reposan en los derivados 019, 020, 044, 045 y 046, documentales que de conformidad con artículo 1047 del Código de Comercio corresponden o son parte de la póliza de seguro, siendo este un medio de prueba de la relación aseguraticia de conformidad con lo establecido en el artículo 1046 de la misma codificación.

Para este propósito se tiene que la demandante pretende acreditar la ocurrencia del siniestro en afectación del amparo de Invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad (Incapacidad Total y Permanente – ITP con la calificación de la junta de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional de Seguros Bolívar mediante la cual se le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 72,43%, fechada del 21 de diciembre de 2022, que estableció con fecha de estructuración 18 de julio de 2022, que reposa con la demanda y la con la contestación de la demanda de la aseguradora derivados 000 y 019.

Ahora bien, si en discusión, partiendo de la naturaleza consensual del contrato de seguro de conformidad con el artículo 1036 del Código de Comercio, para cuya existencia requiere la voluntad de las partes de contrato, y en el caso del seguro en estudio como seguro colectivo de la voluntad del asegurado para adherir a las condiciones celebradas, no se puede desconocer que las partes del contrato, tomador y asegurador coinciden en indicar que por la condición del actor el mismo no contaba con la cobertura reclamada, y respecto del cual con el documento antes referenciado el actor dio su consentimiento.

Por lo anterior, atendiendo que el seguro amparo la incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se da en vigencia del contrato de seguro, para lo cual es preciso recordar que el contrato de seguro inicio vigencia con el desembolso del crédito adquirido por la demandante con la entidad financiera tomadora, esto fue, el 8 de octubre de 2021.

Lo cual es coherente con la fecha de desembolso, fecha en la que la actora ingresó al grupo asegurado del contrato de seguro y se tiene que la fecha de siniestro que se pactó en el contrato de seguro – fecha de estructuración acaeció en vigencia del contrato de seguro, esto es 18 de julio de 2022, por lo que se evidencia la cobertura del hecho acaecido en el presente contrato, es decir se demostró ocurrencia en el amparo que se pretende afectar pues la pérdida de capacidad laboral que tuvo una fecha de estructuración y fecha de calificación en vigencia de la póliza, evidenciándose como cuantía el saldo insoluto de la deuda para la fecha del siniestro, situación que conlleva a no tener probadas las excepciones intituladas como *“Ausencia de derecho contractual para pretender el pago de la indemnización”* y *“Cobro de lo no debido a SURAMERICANA”*.

Ahora bien, la aseguradora propuso la excepción intitulada como *“Exclusión de invalidez producida o generada por una enfermedad”* fundada en la exclusión 3 de las condiciones generales del contrato de seguro objeto del litigio en la cual se estableció lo siguiente:

“3. 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 no se consideran inasegurables.”

Y en que la asegurada hoy demandante padecía una enfermedad anormal y degenerativa que fue diagnosticada antes del ingreso al contrato de seguro objeto del litigio, 27 de agosto de 2021 *“ESMG + VNC DE MIEMBROS INFERIORES NEUROFIC, ecn y emg anormal con evidencia electrofisiológica que sugiere lesión axonal incompleta a nivel de cauda equina con signos de denervación y Re-inervación”*

Sin embargo, para el caso en concreto se tiene que, si bien los hechos ciertos no son asegurables, se evidenció que la asegurada fue calificada con una pérdida de capacidad laboral superior al 50% en vigencia del contrato de seguro y con fecha de estructuración también en vigencia del contrato de seguro, situación que fue futura e incierta. Ahora bien, respecto de la exclusión de las preexistencias, quedo demostrado en el presente proceso que a la demandante no se le explicaron las condiciones del contrato de seguro, especialmente las exclusiones ya que si bien se afirmó que se le entregó copia del mismo, lo

cierto es que se le entregó fue la copia del formulario de solicitud de seguro en el que no se encuentran plasmadas las exclusiones del contrato, por lo que no es oponible dicha condición a la asegurada hoy demandante, lo que conlleva a tener como no probada la excepción en estudio, denominada “*Exclusión de invalidez producida o generada por una enfermedad*” propuesta por Seguros Suramericana.

Así mismo, se encuentra probado que el valor asegurado del saldo de la deuda para la fecha de estructuración 18 de julio del año 2022 correspondía al valor de SIETE MILLONES CIENTO VEINTIUN MIL CIENTO DOS PESOS (\$7.121.102) como consta en archivo PDF contentivo del histórico de pagos “Anexo 4. Histórico de Pagos” aportado por la entidad financiera demandada con la contestación de la demanda que 020 y en atención a las pruebas de oficio decretadas 044 del expediente, documento debidamente aportado y no controvertido por las partes.

Precisado lo anterior, se evidencia que la demandante aportó la Calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitida por Seguros Bolívar fechada del 21 de diciembre de 2022 con fecha de estructuración 18 de julio de 2022, mediante la cual le fue dictaminada una pérdida de capacidad laboral del setenta y dos punto cuarenta y tres por ciento (72,43%) de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por una entidad debidamente facultada para tal fin, documento que goza de presunción de legalidad y firmeza, por lo que en el presente proceso no es objeto de controversia su validez y en tal sentido se encuentra probado que la actora fue calificada con una pérdida de capacidad laboral superior al cincuenta por ciento (50%) en vigencia del contrato de seguro objeto del litigio.

Respecto de la cuantía, se tiene como valor asegurado el saldo insoluto para la fecha de la siniestro, la cual corresponde a la fecha de estructuración para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, situación que conlleva a que la asegurada hoy demandante haya demostrado ocurrencia y cuantía en el presente proceso, aunado a lo anterior, se tiene el riesgo asegurado se concentra en la pérdida de capacidad laboral superior al 50%, en tal sentido, se tiene que si bien el asegurado antes de ingresar a la póliza presentaba patologías y afectaciones en su estado de salud, lo cierto es que esto no significa que haya ingresado con una pérdida de capacidad laboral dictaminada o diagnosticada, siendo esta última la realización del riesgo asumido por la aseguradora demandada, en tal sentido no podría decirse que una patología per se conlleva a la existencia del siniestro por fuera de la póliza, ya que en el presente proceso quedó plenamente demostrado que la calificación se dio en vigencia del contrato de seguro, por lo anterior se encuentra probada parcialmente la excepción propuesta por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como “*Sujeción a los Términos, Límites, Condiciones y Exclusiones previstas en la Póliza de Vida En caso de una eventual condena en contra de SURAMERICANA*”.

En consecuencia, se condenará a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. al reconocimiento de la suma de SIETE MILLONES CIENTO VEINTIUN MIL CIENTO DOS PESOS (\$7.121.102) al beneficiario oneroso BANCOLOMBIA S.A. entidad financiera.

Superado lo anterior, procede el despacho a analizar la responsabilidad de la entidad financiera BANCOLOMBIA S.A. respecto del crédito de consumo identificado con el número terminado en ****3316, se evidencia que de este surgen obligaciones a cargo de la consumidora financiera, por lo que encuentra el Despacho que la presente controversia gira en torno a un contrato de mutuo o crédito financiero, que se encuentra definido en el artículo 2221 del Código Civil como aquél en el cual: “... *una de las partes entrega a la otra cierta cantidad de cosas fungibles con cargo a restituir otras del mismo género y calidad*”. Esta definición resulta aplicable al ámbito mercantil, al tenor de lo dispuesto por el artículo 822 del Código de Comercio, salvo que en esta materia, el contrato es por naturaleza remunerado. En cuanto a las prestaciones que surgen para los intervinientes en un contrato de mutuo, ha dicho la doctrina que para el **mutuante**, en este caso la entidad financiera, la única obligación que surge es la de carácter constitutivo, cual es la entrega del dinero – oportunidad en la que nace el contrato mismo – mientras que para el **mutuario** lo es el pago de la remuneración convenida y la restitución de la suma

mutuada. (RODRÍGUEZ Azuero, Sergio, *Contratos Bancarios*, Sexta Edición, Editorial LEGIS, reimpresión 2011, pág. 466).

Así las cosas, se encuentra el despacho probado que a través de la entidad financiera La señora demandante fue vinculado al contrato de seguro objeto del litigio, por lo que le asisten deberes de información a través de la comercialización de dicho contrato a través de la asesora comercial que trabajo directamente con la entidad como se acreditó con la certificación laboral aportada al proceso en atención a las pruebas decretadas de oficio, situación que conlleva a declarar como no probada la excepción intitulada como “*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE BANCOLOMBIA*” propuesta por la entidad financiera.

Así mismo, se demostró que la entidad financiera gestionó lo tendiente a vincular a la deudora a su póliza de vida grupo, requiriendo la declaración de asegurabilidad estudiada y si bien, no se demostró plenamente la debida diligencia frente a la información dada a la asegurada, esto no significa per se, que el amparo que se pretendió afectar se habría modificado respecto del riesgo asumido por la aseguradora, es decir el amparo contrato no cambio por la información dada a la consumidora, aunado a que la demandante reconoce haber recibido copia de los documentos firmados relacionados con el crédito en los que se evidenció se encontraba la solicitud de seguro de vida grupo deudor firmado por la consumidora, por lo que no se evidencia un nexo de causalidad entre el incumplimiento y el daño atendiendo los elementos axiológicos de la responsabilidad, en consecuencia no se evidencia responsabilidad del banco por parte de la actora, encontrándose probada así la excepción de “*AUSENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE BANCOLOMBIA S.A.*” Propuesta por la entidad financiera demandada. Situación que lleva al traste las pretensiones del presente proceso respecto de la entidad financiera, absteniéndose de analizar los demás medios exceptivos formulados de conformidad con lo establecido en el inciso tercero del artículo 282 del Código General del Proceso.

Finalmente, no se condenará en costas a la pasiva a favor de la demandante por aparecer probadas en el 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 NO PROBADA la excepción denominada como: “*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE BANCOLOMBIA*”, propuesta por **BANCOLOMBIA S.A.**, por lo anteriormente expuesto.

SEGUNDO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones tituladas como: “*Exclusión de invalidez producida o generada por una enfermedad*”, “*Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud El contrato de seguro (Póliza de Vida)*”, “*Retención de primas a título de pena como consecuencia de la nulidad relativa del contrato de seguro*”, “*cumplimiento por parte de SURAMERICANA de sus obligaciones legales y contractuales SURAMERICANA*”, “*Sujeción a los Términos, Límites, Condiciones y Exclusiones previstas en la Póliza de Vida En caso de una eventual condena en contra de SURAMERICANA*”, “*Cobro de lo no debido a SURAMERICANA*” y “*Ausencia de derecho contractual para pretender el pago de la indemnización*” propuestas por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** por lo expuesto en la parte motiva.

TECERO: DECLARAR PROBADA la excepción intitulada como “*AUSENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE BANCOLOMBIA S.A.*” propuesta por **BANCOLOMBIA S.A.** de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

TERCERO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. por el incumplimiento del contrato de vida grupo deudores identificado con el número terminado en ***2481 al negar el reconocimiento y pago del amparo de Invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad (Incapacidad Total y Permanente – ITP) al beneficiario oneroso **BANCOLOMBIA S.A.** a favor del crédito adquirido por la señora demandante **LUZ ENIT VALENCIA MUÑOZ** identificado con el número terminado en ***3316.

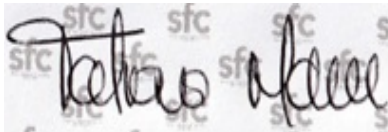
CUARTO: CONDENAR a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. al pago de la suma de SIETE MILLONES CIENTO VEINTIUN MIL CIENTO DOS PESOS (\$7.121.102) al beneficiario oneroso **BANCOLOMBIA S.A.** a favor de la obligación crediticia identificada con el número terminado en ****3316 adquirida por la señora **LUZ ENIT VALENCIA MUÑOZ** dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

QUINTO: 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.

SEXTO: Sin condena en costas.

Cumplido lo anterior, por Secretaría archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



TATIANA MAHECHA MARTINEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Copia a:

Elaboró:

TATIANA MAHECHA MARTINEZ

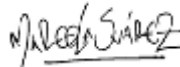
Revisó y aprobó:

TATIANA MAHECHA MARTINEZ

Superintendencia Financiera de Colombia
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
Notificación por Estado

La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado

Hoy 8 de marzo de 2024



MARCELA SUÁREZ TORRES
Secretario