

**SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA
RAD. 11001080000820215398801**

**JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D. C.,
CUATRO (04) DE ABRIL DE DOS MIL VENTICUATRO (2024)**

En atención a lo dispuesto en el art. 12 de la ley 2213 de 2022 "*Por medio de la cual se establece la vigencia permanente del decreto legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia y se dictan otras disposiciones*" se procede a proferir la siguiente apelación de la sentencia de fecha veintidós (22) de junio de 2022 proveniente de la **Delegatura de la Superintendencia Financiera de Colombia**, teniendo en cuenta los siguientes;

I.- ANTECEDENTES

1.1.- DEMANDA, PRETENSIONES Y HECHOS:

El señor **ALIRIO CRIALES VARGAS**, a través de su apoderado judicial, instauro **ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR** en contra de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, con el fin de obtener las siguientes declaraciones:

1.- La aseguradora demandada SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., pague a favor de la parte demandante los siguientes rubros que a continuación se relacionan, toda vez que su tomador y asegurado hoy demandante, tiene derecho al pago de las indemnizaciones respectivas bajo las coberturas de CANCER Y ENFERMEDADES GRAVES contratadas en la POLIZA PLAN VIVE No 081004350203.

- ✓ PAGO DEL VALOR INDEMNIZATORIO CORRESPONDIENTE A LOS VALORES ASEGURADOS DE LOS AMPAROS DE CANCER Y ENFERMEDADES GRAVES: Teniendo en cuenta los valores asegurados contratados en la póliza objeto de esta demanda, para los mencionados amparos, el valor asegurado para estas coberturas es de \$80.000.000 M/cte.
- ✓ INTERESES MORATORIOS CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1080 DEL CODIGO DE COMERCIO. De conformidad con lo establecido en la citada norma el asegurador debe pagar intereses moratorios sobre el valor de la indemnización pendiente de pagar, debido

a que el siniestro se encuentra debidamente sustentado de acuerdo con el artículo 1077 del código de comercio.

Intereses de mora causados y certificados por la Superintendencia Financiera de Colombia, los cuales se harán efectivos desde el momento que se negó infundadamente la objeción y se incumplió el pago del valor asegurado contratado, suma que a la fecha tiene un valor total de: \$11.421.896 M/cte.

2.- Como **HECHOS** de la acción se indicaron:

1.- El señor ALIRIO CRIALES VARGAS, contrató y suscribió póliza de vida PLAN VIVE No 081004350203 con SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

2.- Dentro de la póliza citada se contrataron y suscribieron para cubrir de forma integral y total las siguientes coberturas con sus valores asegurados respectivos a partir del día 28 de febrero de 2020 a 28 de febrero de 2021.....

3.- Al demandante, Tomador y Asegurado, le fue DIAGNOSTICADO: TUMOR MALIGNO DEL RECTO: lesión tumoral a 10cm del reborde anal, **patología del 8 de junio de 2020**; PATOLOGOS ASOCIADOS No 002511 Mucosa Rectal ADENOCARCINOMA MOD Y MAL DIFERENCIADO. MEDICO TRATANTE: MARIA MERCEDES RODRIGUEZ MARTINEZ. MEDICINA INTERNA - HEMATOLOGIA - ONCOLOGIA. CC. No 39.784.379. REG: 009/2003-4786.

4.- La anterior información es confirmada y corroborada por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL TOLIMA, en dictamen médico No 37-0157-2020.

5.- El señor demandante presentó reclamación a la aseguradora demandada A EFECTOS DE AFECTAR LOS CORRESPONDIENTES AMPAROS DE CANCER Y ENFERMEDADES GRAVES, los cuales no fueron tenidos en cuenta por parte de la aseguradora demandada, procediendo a la negativa de dicho reclamo, mediante comunicado de objeción de fecha 12 de abril de 2021.

6.- La aseguradora accionada solo le reconoció el valor indemnizatorio correspondiente al amparo de INVALIDEZ., tal cual como lo sostienen dentro del comunicado de objeción, negativa de pago de los amparos de CANCER Y ENFERMEDADES GRAVES.

7.- La póliza que se pretende afectar, para la fecha y hora de realización del SINIESTRO (riesgo), se encontraba vigente y pagada la prima, razón por la que se debe proceder a la atención y pago indemnizatorio.

8.- A la fecha la demandada no ha procedido al pago de sus obligaciones como asegurador de la póliza emitida en mención, aduciendo fundamentos sin base sólida ni jurídica, toda vez que lo cierto es que el asegurado demandante tiene derecho y lugar al pago indemnizatorio de los amparos de CANCER Y ENFERMEDADES GRAVES.

3.- La demanda así presentada fue admitida por auto veinticuatro (24) de noviembre de 2021 –pdf. 05 C.1- ordenándose la notificación y traslado al extremo pasivo, providencia esta que se notificó a la parte demandante por anotación en estado y a la parte demandada en la forma personal según pdf. 9 y 10 cuaderno1.

La Aseguradora demandada una vez notificada través de apoderado judicial contestó la demanda – pdf. 011 cuaderno 1- oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones y formulando excepciones de mérito que denominó:

1.- **Ausencia de cobertura por el anexo de "Enfermedades graves"** – El diagnóstico de cáncer se presentó dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza –

2.- **Ausencia de cobertura por el anexo de "Cáncer"** – El riesgo amparado en el anexo particular no se materializó y por tanto, no surge obligación indemnizatoria en cabeza de SURA –

3.- **Inexistencia de un abuso de la posición dominante por parte SURA** – la Póliza no incluyó ninguna cláusula abusiva o ambigua que perjudique al Demandante.

4.- **Extinción de las obligaciones por pago** – SURA extinguió las obligaciones que le correspondían en virtud del contrato de seguro a través del pago de la indemnización que le hizo al Demandante por virtud del amparo de Invalidez

5.- **Inexistencia de la obligación de pagar intereses de mora** en cabeza de SURA.

6.- **Buena fe.**

7.- **Genérica.**

Como fundamento de las excepciones dijo, en síntesis, que de acuerdo con el anexo de "ENFERMEDADES GRAVES" aplicable a la Póliza, SURA asumió la obligación condicional de pagar una indemnización al Demandante, únicamente, cuando a

aquel le diagnosticaran una enfermedad grave, incluido el cáncer. Agrega que para que la cobertura principal del anexo de "ENFERMEDADES GRAVES", contratado por el Demandante alude con claridad a que SURA indemnizará cuando se verifiquen las siguientes condiciones:" (I) se diagnostique al asegurado con "Cáncer o Leucemia", según la definición señalada en el clausulado; (II) ese diagnóstico sea confirmado por un especialista; (III) que el primer diagnóstico o procedimiento del cáncer "haya sido después del día 90 de permanencia continua en este anexo".

Agrega que en este caso al demandante le diagnosticaron y/o le practicaron, por primera vez, procedimientos para diagnosticar el cáncer "Tumor maligno de recto" dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza y no después de esta fecha como se sostiene en la demanda, por tanto, no se acreditan las condiciones señaladas en el anexo y no existe cobertura.

Aduce que de acuerdo con el citado artículo 1056 del C.Co., el asegurador, sin perjuicio de determinadas restricciones legales, es libre de asumir todos, varios o algunos de los riesgos que graviten sobre el patrimonio o la vida de las personas. Luego, SURA puede no sólo puede escoger que riesgos asume y cuáles no, sino que, puede delimitar, condicionar y circunscribir los riesgos ya asumidos y excluir algunas situaciones de la cobertura del contrato de seguro, sin que eso le merezca ningún tipo de reproche. En este caso, de acuerdo con el anexo de "Cáncer" aplicable a la Póliza, SURA asumió la obligación condicional de pagar una indemnización al Demandante, únicamente, cuando a aquel le diagnosticaran cáncer en partes muy específicas y delimitadas del cuerpo o se manifestará la enfermedad en esas mismas partes, en ambos casos después de transcurridos 90 días de permanencia en el anexo junto con otras condiciones.

Esgrime que es evidente que, con el anexo de "CÁNCER" SURA no asumió el riesgo genérico de que al Demandante le diagnosticarán cáncer y/o se manifestara la enfermedad de cualquier tipo ni en cualquier parte del cuerpo, como pretender hacerlo ver la parte activa; que por el contrario, el riesgo se delimitó válidamente por parte de SURA pues cuando el asegurado es un hombre la Póliza únicamente cubre el diagnóstico o manifestación de la enfermedad de: (I) Cáncer primario del aparato reproductor masculino, incluido pene, próstata, testículos y vesícula seminal o (II) melanoma maligno de piel invasivo y siempre y cuando el primer diagnóstico o manifestación de la enfermedad ocurra dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza. Pues bien, en este caso, no se presentan ni uno ni otro requisito para acceder a la cobertura del anexo de "Cáncer". Efectivamente, tal como se puede leer en distintos documentos del expediente, el cáncer por el cual se le reclamó a SURA y por el cual se inició el presente proceso no corresponde a ninguno de los asumidos en el anexo referido.

El Demandante NO acreditó los requisitos para la indemnización por los anexos de "ENFERMEDADES GRAVES" y "CANCER" puesto que no se dan los supuestos para afectar esas coberturas y, por tanto, no surge la obligación condicional en cabeza de SURA.

Agrega que sostiene el Demandante que, existen cláusulas ambiguas y abusivas en la Póliza sin manifestar o desarrollar argumentación alguna para sostener su tesis, que se limita a transcribir unos artículos al azar y quien afirme esta situación tiene el deber de determinar cuáles son las supuestas cláusulas objeto de reparo. Agrega que el Demandante pretende sostener una supuesta ambigüedad, lesividad y posición dominante de parte de SURA, cuando ello carece totalmente de fundamento jurídico. Además indica que la Póliza no puede interpretarse de una manera tan simple como lo hace el Demandante al afirmar que por pagarse la prima el Demandante tiene derecho a acceder, indefectible y fatalmente, a las sumas aseguradas en la Póliza para sus distintos anexos.

Frente a la solicitud de condenar a SURA a pagar intereses de mora en los términos del artículo 1080 del C.Co., se opone expresando que en ningún caso podría emitirse una condena de esta índole no solo por no haber sido probada, sino por no presentarse ninguno de los supuestos previstos en el artículo 1080 del C.Co., pues en el presente asunto el Demandante NO acreditó la ocurrencia del siniestro para los anexos de "ENFERMEDADES GRAVES" y "CÁNCER" de acuerdo con lo establecido en la Póliza, tal como se manifestó en los acápites antecedentes.

Finalmente manifiesta que en el hipotético evento de que se estime que, la Demandante si tiene algún derecho a su favor de los que pretenden con la demanda, deberá tenerse en cuenta que la demandada ha obrado de buena exenta de culpa y en atención al principio de confianza legítima, lo cual se encuentra probado al observarse que SURA ha obrado en todo momento de conformidad con las normas aplicables y las probanzas disponibles.

II.- SENTENCIA IMPUGNADA

Agotado el trámite procesal, luego de evacuadas las pruebas, la **DELEGATURA PARA ASUNTOS JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, profirió el respectivo fallo el pasado veintidós (22) de junio de 2022, en el que resolvió:

"PRIMERO: DECLARAR no probadas las excepciones intituladas por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como "Ausencia de cobertura por el anexo de "Enfermedades graves" – El diagnóstico de cáncer se presentó dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza" y "Extinción de las obligaciones por pago – SURA extinguió las obligaciones que le correspondían en virtud del contrato de seguro a través del pago de la indemnización que le hizo al Demandante por virtud del amparo de Invalidez" por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR probadas la excepción "Ausencia de cobertura por el anexo de "Cáncer" – El riesgo amparado en el anexo particular no se materializó y por tanto, no surge obligación indemnizatoria en cabeza de SURA ", "Inexistencia de la obligación de pagar intereses de mora en cabeza de SURA" y "Inexistencia de un abuso de la posición dominante por parte SURA – la Póliza no incluyó ninguna cláusula abusiva o ambigua que perjudique al Demandante" propuesta por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta decisión.

TERCERO: DECLARAR sin efecto la excepción intitulada como "BUENA FE" propuesta por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. de conformidad con lo señalado en la parte motiva de la presente sentencia.

CUARTO: DECLARAR contractualmente responsable a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. respecto al no reconocimiento del amparo de enfermedades graves de la POLIZA BASICA VIDA PLAN VIVE número 081004350203 con ocasión al diagnóstico de cáncer de recto del señor ALIRIO CRIALES VARGAS.

QUINTO: CONDENAR a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a pagar dentro del mes calendario siguiente a la ejecutoria de esta decisión, al señor ALIRIO CRIALES VARGAS la suma de treinta millones de pesos (\$30.000.000) por concepto del amparo de ENFERMEDADES GRAVES de la POLIZA BASICA VIDA PLAN VIVE número 081004350203.

(...)"

III.- FUNDAMENTOS DE LA IMPUGNACIÓN

El apoderado de la **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A,** presenta **recurso de apelación** contra el numeral 1º de la sentencia del veintidós (22) de junio de 2022, en el que se resolvió:

"PRIMERO: DECLARAR no probadas las excepciones intituladas por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como "Ausencia de cobertura por el anexo de "Enfermedades graves" – El diagnóstico de cáncer se presentó dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza" y "Extinción de las obligaciones por pago – SURA extinguió las obligaciones que le correspondían en virtud del contrato de seguro a través del pago de la indemnización que le hizo al Demandante por virtud del amparo de Invalidez" por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

(...)"

Sustentada en que -pdf. 06 cuaderno 2-:

"... si bien la Delegatura reconoció que el primer diagnóstico y/o procedimiento para detectar la presencia de cáncer que se le practicó al señor Alirio Críales (el "Demandante") ocurrió dentro de los 90 días inicio de vigencia de la Póliza No. 081004350203 (la "Póliza"), esto es, el 13 de mayo del 2020 con lo cual, no habría cobertura del contrato de seguro. Posteriormente, afirmó que, sin perjuicio de lo anterior, no podía dejarse de lado que el tipo de cáncer detectado dentro de ese espacio temporal no correspondía con el reclamado por el Demandante, esto es, cáncer de recto, lo cual, conlleva a que el diagnóstico de dicha enfermedad se hubiera realizado por fuera de los 90 días posteriores al inicio de vigencia de la póliza y por tanto, que se hubiera acreditado el siniestro con cargo al amparo de "Enfermedades graves" de la Póliza.

Que, lo anterior, afirma, revela un grave error en la valoración de las pruebas que obran dentro del expediente, particularmente, en el texto y cobertura de la Póliza en lo que respecta al anexo de "Enfermedades Graves" pues de acuerdo con el referido anexo, SURA asumió la obligación condicional de pagar una indemnización al Demandante, únicamente, cuando a aquel le diagnosticaran una enfermedad grave, incluido el cáncer.

Se observa que, para que la cobertura principal del anexo de "Enfermedades Graves", pudiera afectarse era necesario que:

(I) se diagnosticará al asegurado con "Cáncer o Leucemia", según la definición señalada en el clausulado; y que (II) el primer diagnóstico o procedimiento del cáncer "haya sido después del día 90 de permanencia continua en este anexo". Pues bien, como se ve, el anexo de "Enfermedades Graves" no asumió el riesgo de que al Demandante se le diagnosticara o practicara procedimiento alguno, por primera vez, para detectar la presencia de cáncer en partes específicas del cuerpo; en otras palabras, se amparó el diagnóstico GENERICO de cáncer en el cuerpo –

en cualquier parte del cuerpo y en la que se encontrara por primera vez -, no en partes específicas de él, así mismo, se estipuló que ese mismo diagnóstico de cáncer, debió haber ocurrido por fuera de los 90 días de inicio de vigencia de la Póliza, para que existiera cobertura. Tan es así, que el amparo referido definió el cáncer o leucemia como "cualquier tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado de células malignas y la invasión de tejido" sin circunscribirlo a partes específicas del cuerpo, es decir que, SURA asumió el riesgo de pagar una indemnización con cargo al anexo de "Enfermedades Graves" siempre y cuando, no se realizara un diagnóstico o procedimiento que determinara la presencia de "cualquier tumor maligno" en cualquier parte el cuerpo, no en partes específicas de aquel, dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza, por primera vez.

Expone que la Delegatura sostuviera en la Sentencia que a pesar de que existen pruebas de que el Demandante fue diagnosticado con cáncer el 13 de mayo del 2020, es decir, dentro de los 90 días de inicio de vigencia de la Póliza y por tanto, que no hay cobertura; y a renglón seguido, afirmara que, se probó el siniestro por cuanto ese diagnóstico no corresponde al cáncer de recto reclamado en la demanda, lo que demuestra que se incurrió en una indebida valoración de la Póliza y de sus condiciones generales aplicables. Esto por cuanto, la Delegatura al valorar las condiciones generales aplicables al anexo de "Enfermedades Graves" les dio un alcance que, genuinamente, ellas no tenían puesto que, se reitera, del texto de la Póliza se extrae con claridad que, si al Demandante se le diagnostica la presencia de cáncer, caracterizado, por un tumor maligno, en general, y como tal en cualquier parte del cuerpo dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia del contrato de seguro, aquel no ofrecería cobertura. Ello con independencia de que posteriormente a esos 90 días se le diagnosticara la presencia de dicha enfermedad en cualesquiera otros órganos o partes del cuerpo, dado que, como se lee con claridad, la póliza limita su cobertura a que el diagnóstico o procedimiento se realizara por primera vez fuera de los 90 días de inicio de vigencia de la Póliza, lo cual, no sucedió en este caso.

Y es que, si en gracia de discusión se sostuviera que el cáncer de recto fue diagnosticado fuera de los 90 días de permanencia en la Póliza, lo cierto es que, con anterioridad a ello y por primera vez, al Demandante ya se le había diagnosticado la presencia de dicha enfermedad en su cuerpo y dentro de dicho espacio temporal, con lo cual, era evidente que no había cobertura del contrato de seguro y que ella no podía extenderse en la forma en que lo hizo la Delegatura. Efectivamente, como se ha reconocido pacíficamente, la interpretación y valoración del contrato de seguro debe ser estricta y restrictiva en tal sentido. Es esencial para interpretar y valorar si la aseguradora está obligada a asumir la indemnización

frente al asegurado, pues la procedencia de algún pago con cargo a la póliza sólo procede en aquel evento en que exista un siniestro cubierto en forma específica dentro de aquellos riesgos expresamente convenidos y establecidos en la misma.

Lo anterior, pues es labor del juzgador, al analizar el contrato de seguro, revisar en forma cuidadosa si existe alguna exclusión o motivo por el cual no se otorgue cobertura al asegurado. Es más, en el evento en que exista alguna duda sobre la cobertura del seguro, como bien lo ha considerado la jurisprudencia arbitral, la interpretación sobre el particular debe ser restrictiva. Y así en el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Tolima, con anterioridad al 28 de mayo del 2020, al Demandante se le practicaron "pruebas específicas" o procedimientos en las cuales se observó la presencia cáncer.

En el mismo sentido, la testigo María Mercedes Rodríguez confirmó que el diagnóstico de cáncer se le realizó al Demandante el 13 de mayo de 2020, esto es, dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza y, por tanto, no había cobertura de la Póliza, esto pues, se reitera, SURA amparó al asegurado contra el riesgo de padecer cáncer – en general y no discriminadamente por órganos o partes del cuerpo – y siempre que aquel se diagnosticara por primera vez, por fuera de los 90 días siguientes al inicio de vigencia del contrato de seguro. En la Sentencia, al margen de que la Delegatura reconoció tal situación, valoró e interpretó indebidamente la Póliza y extendió el amparo de "enfermedades graves" a algo que aquel no cubría puesto que, el hecho de que el diagnóstico particular de cáncer de recto se hiciera por fuera de los 90 días de permanencia en la Póliza, en manera alguna, elimina o pretermite el hecho probado de que la presencia de cáncer se diagnosticó, por primera vez, dentro de dicho espacio temporal y como tal que estaba por fuera de cobertura. Así las cosas, no se acreditó la ocurrencia de un siniestro en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio

Que erróneamente la Delegatura consideró que el Demandante cumplió con la carga establecida en el artículo 1077 del C.Co. y probó un siniestro amparado por el anexo de "Enfermedades Graves" de la Póliza, esto por cuanto, se consideró que el diagnóstico de cáncer se efectuó por fuera del periodo de 90 días estipulado en el contrato de seguro y así, en adición a lo señalado en el anterior reparo, es claro que, esa determinación de la Delegatura desconoció y realizó una indebida valoración y aplicación de las normas aplicables al contrato de seguro a partir de las cuales, se tiene que, por virtud de dicho negocio jurídico la aseguradora asume determinados, específicos y delimitados riesgos por fuera de los cuales, no está obligada a indemnizar.

En efecto, al tenor de lo contemplado en el artículo 1056 del C.Co. SURA delimitó los riesgos asumidos en el anexo de "Enfermedades Graves" y se comprometió a pagar una indemnización, cuando al Demandante le diagnosticaran cáncer, entendido como "cualquier tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado de células malignas y la invasión de tejido" y siempre y cuando, el primer diagnóstico de la referida enfermedad se efectuara pasados los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la póliza; delimitación a la cual debió supeditarse la Delegatura siguiendo los derroteros de los artículos 1047 y 1048 del C.Co. No obstante, afirma el apelante, contravía de dichas normas, la Delegatura desconoció el verdadero alcance del riesgo asumido por SURA y consagrado en la Póliza puesto que, consideró que el contrato de seguro amparaba el diagnóstico de cáncer, individual y discriminadamente, considerado para los distintos órganos y partes del cuerpo, lo cual, no fue objeto de aseguramiento por SURA y no formó parte del riesgo asumido en la Póliza, al tenor de lo señalado en los artículos 1047, 1048 y 1056 del C.Co. , pues, en el anexo de "Enfermedades Graves" SURA nunca asumió el riesgo de que al Demandante se le diagnosticara el cáncer, de manera independiente y aislada, para algún órgano o parte del cuerpo;

La parte actora recorrió el traslado ordenado en auto del 24 de noviembre de 2022, como se verifica en el escrito que milita en el pdf. 07 del cuaderno 2.

Para desatar de fondo el asunto de marras, es menester realizar las siguientes;

IV.- CONSIDERACIONES

4.1.- En primer término, no existe duda acerca de la concurrencia de los requisitos legalmente necesarios para regular la formación y el desarrollo jurídico procesal, es decir aparecen congregados los llamados presupuestos procesales; adicionalmente no se aprecia vicio alguno que tenga la entidad para anular la actuación según las expresas causales previstas por la ley.

Este Despacho es competente para conocer y resolver respecto de los procesos menor cuantía como sucede en el presente caso, con lo cual es procedente resolver de fondo.

Para resolver el presente litigio ha de recordarse lo previsto en el artículo 320 del C.G.P., el cual señala que *"el recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, **únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante...**"* lo anterior en concordancia con lo dispuesto en el artículo 328 de la misma codificación que establece que **"el juez**

de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante..." (negrillas fuera del texto original).

Señalado lo anterior procede el despacho a realizar el estudio correspondiente de la apelación formulada por la demandada **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, en lo que refiere al numeral 1º de la parte resolutive del fallo proferido por la Delegatura de la Superintendencia Financiera de Colombia, en el cual resolvió:

"PRIMERO: DECLARAR no probadas las excepciones intituladas por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como "Ausencia de cobertura por el anexo de "Enfermedades graves" – El diagnóstico de cáncer se presentó dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza" y "Extinción de las obligaciones por pago – SURA extinguió las obligaciones que le correspondían en virtud del contrato de seguro a través del pago de la indemnización que le hizo al Demandante por virtud del amparo de Invalidez" por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia."

Auscultado el dossier, sentencia de primera instancia y PÓLIZA PLAN VIVE No. 081004350203, ANEXO ENFERMEDADES GRAVES tenemos que:

1.- La Delegatura reconoció que el primer diagnóstico y/o procedimiento para detectar la presencia de cáncer que se le practicó al demandante ocurrió dentro de los 90 días inicio de vigencia de la Póliza No. 081004350203, esto es, el 13 de mayo del 2020 con lo cual, no habría cobertura del contrato de seguro , más luego señaló que sin perjuicio de lo anterior, no podía dejarse de lado que el tipo de cáncer detectado dentro de ese espacio temporal no correspondía con el exigido por el accionante, es decir cáncer de recto, lo cual, conlleva a que el diagnóstico de dicha enfermedad **se hubiera realizado por fuera de los 90 días** posteriores al inicio de vigencia de la póliza y por tanto, que se hubiera acreditado el siniestro con cargo al amparo de "Enfermedades graves" de la Póliza.

2.- Con el fin de corroborar lo anterior, tenemos que SURA asumió la obligación condicional de pagar una indemnización al accionante, únicamente, cuando se le diagnosticara una enfermedad grave, incluyéndose el cáncer, así:

Sección 1 - Coberturas

COBERTURA PRINCIPAL Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

1. ENFERMEDADES GRAVES

SURA te pagará el valor asegurado alcanzado por esta cobertura si te diagnostican cualquiera de las siguientes enfermedades o te realizan alguno de los siguientes procedimientos:

- a. **Cáncer y leucemia:** cualquier tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado de células malignas y la invasión de tejido. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

No tendrá cobertura:

- Lesiones premalignas, cáncer de próstata etapa T1a o T1b o T1c de la clasificación TNM (tumor, nódulo, metástasis) con la clasificación de Gleason inferior a cinco.
- Cáncer in situ no invasivo (incluido el melanoma maligno en estadio in situ) y los tumores malignos de piel (excepto el melanoma maligno invasivo)
- Carcinoma de tiroides variedad papilar, en estadio T1-2, N0, M0 (de la clasificación TNM). El resto de estadios, T3-4 y carcinomas de tiroides variedades folicular, anaplásico, medular, o cualquier otro tipo de cáncer de tiroides diferentes a los mencionados, tendrán cobertura en cualquiera de sus estadios. Esta condición aplica si contrataste esta cobertura a partir del 1 de octubre de 2012.
- Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.
- Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.
- Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.
- Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.



Sumado a lo anterior se le indicaron como condiciones las siguientes:

Todas las enfermedades cubiertas por este seguro están condicionadas a que:

- El primer diagnóstico o procedimiento haya sido después del día 90 de permanencia continua en este anexo. Esta condición aplica si contrataste esta cobertura a partir del 1 de octubre de 2012.
- Sobrevivas 30 días después de la fecha del diagnóstico o del procedimiento.

Las actividades de la vida diaria son:

- Capacidad de bañarte por tu mismo.
- Vestirte y desvestirte.
- Capacidad de usar el lavamanos y mantener un nivel de higiene razonable.
- Capacidad para desplazarte al interior de un mismo nivel o piso.
- Tener control sobre tus esfínteres
- Capacidad para alimentarte por ti mismo, pero no de preparar la comida.
- Capacidad para levantarte sin asistencias o ayudas de otras personas.



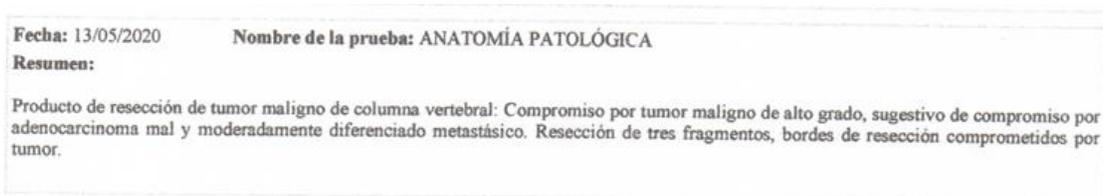
En caso de que no puedas realizar una o varias de las anteriores actividades, el diagnóstico debe ser confirmado por un médico; la incapacidad de realizar estas actividades debe

Así las cosas, de lo antes señalado se puede inferir que para que la cobertura principal del anexo de "Enfermedades Graves", pudiera afectarse debían darse dos eventos, a saber:

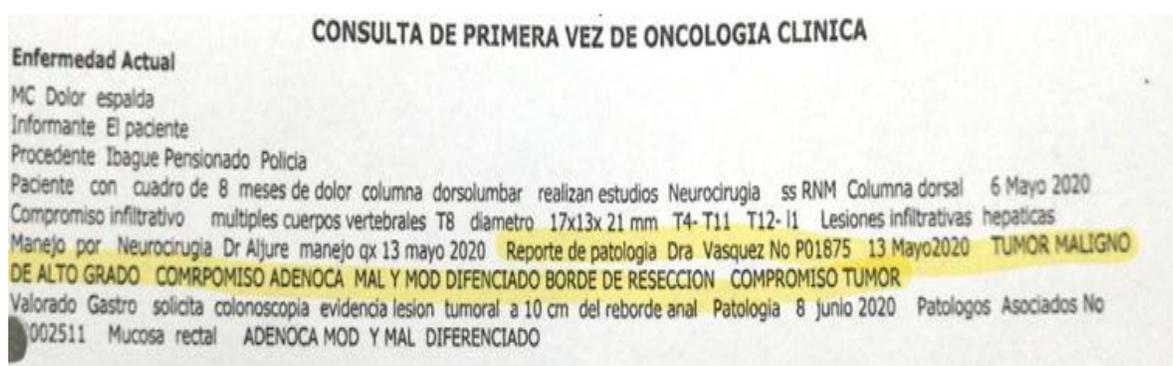
1.- Que se le diagnosticara al asegurado con "**Cáncer o Leucemia**", según la definición señalada en el clausulado y (negrilla fuera del texto original), sin especificación alguna en cuanto en que órgano o parte del cuerpo, si no por el contrario se observa que se consignó de manera general, y es así por cuanto en el literal a) del punto 1 de las Enfermedades Graves se mostró "**Cáncer y leucemia: cualquier tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado de células malignas y la invasión de tejido**" (negrillas del Juzgado) expresión que no limitó entonces a que tuviera ese padecimiento su aparición o diagnóstico en alguna parte determinada del cuerpo, y,

2.- Que además **el primer diagnóstico o procedimiento del cáncer "haya sido después del día 90 de permanencia continua en este anexo"**, (negrillas del juzgado) según se desprende de la imagen anterior.

Por ello contrario a lo expresado por la Delegatura palmar es que los dos presupuestos antes citados se cumplen en el sub-límite para estructurar la exclusión toda vez que al señor **ALIRIO CRIALES VARGAS**, según la prueba de "ANATOMÍA PATÓLOGICA", consignada el dictamen realizado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima se plasmó lo siguiente:



Y sumado a lo anterior el "producto de resección de tumor maligno de columna vertebral: compromiso por tumor maligno de alto grado..." ocurrió el 13 de mayo de 2020", consignado en la historia clínica así:



Como si fuera poco de lo anterior que no lo es, revisado el testimonio de la profesional en medicina MEDICO TRATANTE: MARIA MERCEDES RODRIGUEZ MARTINEZ. MEDICINA INTERNA – HEMATOLOGIA – ONCOLOGIA. REG: 009/2003-4786, en el interrogatorio adelantado por el apoderado de la accionada, expresó que:

"16:17... Manifestó usted que la primera vez que el señor Alirio llegó a su consultorio fue el 11 de junio y que el diagnóstico y que el diagnóstico se realizó en los días posteriores. El diagnóstico del cáncer es cierto?"

16:31

No señor, están equivocados. El paciente llegó con el diagnóstico porque venía con una biopsia, una histología de patología de la columna, con una intervención por neurocirugía donde decía que era una adenocarcinoma moderadamente diferenciado e filtradas.

16:47

Doctora María Mercedes, el reporte de patología al que usted hace referencia es donde es del 13 de mayo del 2020, donde se indica tu norma de alto grado, compromiso adenocarcinoma. Sí señor, leído por la doctora Olga Vásquez OK doctora, ese ese procedimiento, ese reporte de patología específica es un procedimiento médico que se adelanta para detectar un cáncer?"

17:13

Todo procedimiento invasivo en el organismo se debe realizar una patología para determinar su histología, si es una lesión benigna o es una lesión maligna, así que todo material que un cirujano retire el organismo se envía a patología.

17:33

Entonces, ahí la doctora Vásquez hace el diagnóstico de un tumor maligno infiltrante a hueso, que es una enocarcinoma moderadamente diferencial.

17:43

De acuerdo con esa respuesta, doctora María Mercedes, es a partir de esa fecha que se puede tener noción de que existía un cáncer? Sí, señor, desde que salga el informe de patología donde la PATÓLOGA confirme un diagnóstico histológico, desde ahí es el diagnóstico del paciente. Gracias doctor Mercedes, yo no tengo mayores preguntas."

De lo expuesto concluye este despacho que al haber ocurrido un diagnóstico y/o procedimiento de tumor maligno y/o cáncer dentro de los 90 días de permanencia o de inicio de la vigencia de la póliza adquirida por el accionante, cuya vigencia comenzó desde el 28 de febrero de 2020 hasta el 28 de febrero del año inmediatamente siguiente, como se observa en la siguiente imagen, y al existir diagnóstico con fecha 13 de mayo de 2020, es concluyente que la accionada no se encontraba en la obligación de asumir el pago de dicho amparo como

equivocamente

lo

adujo

el

Delegado.



VIGENCIA DEL SEGURO			
Vigencia del seguro		Fecha de expedición del seguro	
Desde	Hasta	28-FEB-2020	
28-FEB-2020	28-FEB-2021	28-FEB-2020	
Ciudad de expedición		Inicio vigencia de este documento	
IBAGUE		28-FEB-2020	

Colofón de lo estudiado y sin más consideraciones habrá de revocarse el numeral 1º de la sentencia proferida el **Delegatura de la Superintendencia Financiera de Colombia** el veintidós (22) de junio de 2022, y en su lugar declarar probada la excepción formulada por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., denominada como "Ausencia de cobertura por el anexo de "Enfermedades graves" – El diagnóstico de cáncer se presentó dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza", sumado a ello y como toda causa tiene un efecto la suma que se ordenó a pagar en el numeral 5º. de la citada providencia habrá de revocarse además, como a continuación se dispone.

Por lo expuesto, el **JUZGADO CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. DE ORALIDAD**, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley;

V.- RESUELVE:

PRIMERO.- REVOCAR el numeral 1º de la sentencia que la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia de Financiera de Colombia proferida el pasado 22 de junio de 2022, en el proceso verbal de la referencia.

SEGUNDO.- Como consecuencia de lo anterior **DECLARAR PROBADA** la excepción formulada por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., denominada como "Ausencia de cobertura por el anexo de "Enfermedades graves" – El diagnóstico de cáncer se presentó dentro de los 90 días siguientes al inicio de vigencia de la Póliza"

TERCERO.- Como consecuencia de lo anterior **REVOCAR** el numeral 5º de la citada providencia.

CUARTO.- Sin costas en esta instancia.

QUINTO: REMITIR, al despacho de Origen, dejando las anotaciones de rigor.

Notifíquese,

El Juez,



GERMÀN PEÑA BELTRÀN

YRP. -

JUZGADO CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTÁ D.C.,
NOTIFICACION POR ESTADO V.
La anterior providencia se notifica por anotación
del Estado E. No. [029](#)
Hoy: [5 de abril de 2024](#)

RUTH MARGARITA MIRANDA PALENCIA
Secretaria