TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA DE DECISIÓN CIVIL - FAMILIA

Magistrado:	Jaime Alberto Saraza Naranjo
Pereira,	febrero veinticuatro de dos mil veintiuno
Sentencia:	TSP.SC-0016-2021
Expediente:	05001310301520110039101
Demandante:	Rosa Angélica Arrubla García Juan Fernando Cano Arrubla.
Demandado:	ACE Seguros SA
Proceso:	Ordinario (cumplimiento de contrato de seguro)
Acta No.	80 del 23 de febrero de 2021

En cumplimiento del Acuerdo PCSJA19-11327 del Consejo Superior de la Judicatura, que se ha venido prorrogando, en la última ocasión con el Acuerdo PCSJA20-11673, procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia del 1° de octubre del 2014, proferida por el juzgado Séptimo Civil del Circuito de Descongestión de Medellín en el proceso ordinario que adelantan **Rosa Angélica Arrubla García y Juan Fernando Cano Arrubla** contra **Ace seguros S.A**

1. ANTECEDENTES

1.1. Hechos.

Narra la demanda (p. 28 – 33, c. 1) que el señor Sergio Andrés Cano Arrubla fue tomador de la póliza APT 9438 emitida por la sociedad Ace Seguros S.A. cuyo cuadro de beneficios cobijaba muerte accidental e incapacidad total y permanente por accidente, y tenía como beneficiarios, en 50% para cada uno de ellos, a Rosa Angélica Arrubla García y Juan Fernando Cano Arrubla.

El 21 de febrero de 2008 recibió el tomador el certificado individual de seguro, que relaciona los valores asegurados, la prima y otros datos importantes de la póliza.

El tomador falleció el 15 de junio de 2009 y los beneficiarios efectuaron la reclamación que fue objetada, por cuanto, al decir de la aseguradora, uno de los anexos de la póliza excluía la muerte violenta.

Sin embargo, ese tipo de anexos deben indicar la identidad precisa de la póliza a la que acceden, lo que no ocurrió en este caso. Además, tampoco se estableció que la muerte fuera producto de un homicidio o de un suicidio.

De otro lado, el anexo solo se les dio a conocer a los beneficiarios cuando pidieron el cumplimiento de las prestaciones a cargo de la aseguradora, pero su contenido nada dice de la póliza tomada por Sergio Andrés Caro.

Adicionalmente señala el libelo que a los beneficiarios y al asegurado nunca se les entregó al momento de suscribir la póliza, el anexo que contuviera las exclusiones, con desconocimiento de la ley comercial.

1.2. Pretensiones.

Con fundamento en lo anterior, pidieron que se declare (i) que entre Sergio Andrés Cano, en calidad de asegurado, y la aseguradora Ace Seguros S.A., existió el contrato de seguro aludido; (ii) que Ace Seguros S.A. está obligada a pagar la suma de $132.509.894, en proporción de un 50% para cada uno de los beneficiarios, producto de la muerte accidental del tomador; y (iii) que la demandada debe pagar las costas.

1.3. Admisión y traslado.

Inadmitida la demanda, fue corregida (p. 39) y allí se introdujeron dos hechos: el primero relacionado con la confusión que hay respecto de la nomenclatura de la póliza, pues la aseguradora en sus respuesta alude a la APT9438, pero el certificado individual de seguro menciona la póliza AP 438 B; y el segundo, en el que se insiste en que ni a los beneficiarios ni al asegurado se les entregó al momento se suscribir la póliza, el anexo donde

constaran las exclusiones, bien de la póliza AP448B o bien de la APT 9438. Y reiteran que el anexo del que se vale la entidad, no indica tampoco la identidad de la póliza a que accede.

Se admitió la demanda con auto del 29 de agosto de 2011 (p. 53). En tiempo, la aseguradora se opuso a las pretensiones, se pronunció sobre los hechos y excepcionó (i) inexistencia de la obligación por riesgo excluido -muerte por arma de fuego-; (ii) inexistencia de la obligación por riesgo excluido -suicidio- y (iii) la denominada excepción genérica (p. 96).

Sobre ellas se pronunció la parte accionante (p. 131 a 133); se programó la audiencia del artículo 101 del CPC (p. 136), se decretaron y practicaron pruebas y se presentaron los alegatos de conclusión (p. 213 a 226), en los que las partes ratificaron sus posiciones con argumentos similares a los expuestos en sus actuaciones previas.

1.4. Sentencia de primera instancia y apelación.

Dictó el juzgado sentencia el 1° de octubre de 2014, en la que desestimó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la parte demandante a favor de los demandados (p. 229 a 245). Ello, por cuanto, si bien se tiene probada la muerte del asegurado, la misma se halla dentro de las causales de exclusión del contrato de seguros AP438B como fue demostrado por la parte accionada, según extrajo del "Clausulado General de Accidentes Personales" que reposa en el folio 76 del cuaderno principal, en el que se dejó por fuera del amparo la muerte accidental del asegurado cuando ella proviniera de suicidio, o fuera causada por terceras personas con arma de fuego, cortopunzante o contundente.

Apelaron los demandantes (p. 247 a 249) que insisten en la inexistencia de las exclusiones alegadas, porque ellas no muestran la identidad de la póliza de seguro de vida a la que acceden, esto es, la ATP9438, como lo exige el artículo 1049 del C. de Comercio.

Se concedió la alzada y en sede del Tribunal Superior de Medellín se reiteraron tales argumentos (p. 11 a 13, c. 3).

2. CONSIDERACIONES

2.1. Los presupuestos procesales se encuentran cabalmente cumplidos y en el trámite se respetaron las formas propias del proceso, por lo que no se observa nulidad alguna que impida desatar de fondo el litigio.

2.2. La legitimación de las partes no ofrece ningún reparo, dado que por activa comparecen Rosa Angélica Arrubla García y Juan Fernando Cano Arrubla en calidad de beneficiarios del seguro de vida tomado por el causante Sergio Andrés Cano Arrubla (p. 18, c. 1). Aunque, a la luz del artículo 1037 del C. de Co., no son parte del contrato, en aquella calidad, por voluntad del tomador, tienen derecho a recibir la prestación que fue asegurada, como ha sido explicado de tiempo atrás por la jurisprudencia, según la cual, *"el beneficiario en un contrato de seguro, no necesariamente debe tener –o reunir- las calidades de tomador o asegurado, pero aquel en su condición de tal y debidamente identificado en la póliza de seguro cuando es persona diferente del tomador (nral. 3 art. 1047 C. de Co.), es quien tiene –en línea de principio- la legitimación para reclamar del asegurador el pago de la prestación asegurada (art. 1080 del C. de Co., en la redacción de la Ley 45 de 1990)".*[1]

Y por pasiva, la sociedad ACE SEGUROS S.A. que es la entidad contra la cual se reclama el cumplimiento del contrato de seguro.

2.3. Corresponde a la Sala definir si confirma la providencia apelada que negó las pretensiones por cuanto hubo exclusión del riesgo por el que se reclamó; o si la revoca, como pretenden los recurrentes, en la medida en que tales exclusiones deben desecharse por no haber sido conocidas, ni referirse a la póliza tomada.

2.4. Sea lo primero decir que la existencia del contrato de seguros entre ACE Seguros S.A. y Sergio Andrés Cano Arrubla no es un aspecto que se discuta en el plenario, ni siquiera la especial circunstancia de su nomenclatura, porque, de un lado, en la p. 18 del cuaderno principal reposa el certificado individual de seguro que alude a la póliza AP438B; y del otro, aun cuando en las respuestas de la aseguradora a los reclamantes se

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 16 de septiembre de 2003, expediente 6704, M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

señala que es la póliza APT-9438 (p. 43 y 35, c. 1), es lo cierto que al contestar la demanda, expresamente se precisó que la póliza bien podía identificarse como APT9438 o como AP438B, ya que las condiciones generales que les aplican están referidas a todos los seguros de accidentes personales emitidos por la entidad (p. 109, c. 1), aunque de esto se tratará más adelante.

Tampoco el siniestro, que está acreditado con el registro civil de defunción que obra en la página 9 del cuaderno principal.

2.5. Con el fin de elucidar la cuestión planteada, se recuerda que el artículo 1077 del estatuto comercial establece una especial carga de la prueba en materia de seguros, según la cual, "*Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro… El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.*"

Y ello es importante destacarlo, por cuanto, el reparo central que se viene haciendo desde la demanda, pasando por los alegatos de conclusión y ahora en la sustentación de la apelación, consiste, precisamente, en que la aseguradora no acreditó haber entregado al tomador un documento que refiriera de manera expresa las exclusiones del amparo, que no aparecen estampadas en el que fue expedido, sin contar con que las generales que se allegaron nada dicen acerca de que correspondan a la póliza referenciada, por lo cual son inexistentes.

En efecto, el escrito de sustentación comienza con el planteamiento de una teoría que fundamenta la apelación, que hace consistir en "*…en la inexistencia comprobada de las exclusiones alegadas por la demanda, que no muestran la identidad de la póliza de seguro de vida a la cual acceden, esto es, a la póliza de Seguros APT943B que contrató el señor SERGIO ANDRÉS CANO ARRUBLA. Indicar la identidad precisa de la póliza a que acceden, como lo dispone el art. 1049 del C. de Comercio, es perentorio y conlleva hacer muchas consideraciones para evitar, como lo propone ACE SEGUROS SA el pago del seguro contratado. Sanción para ello, es tener por inexistentes las exclusiones y eso se pido en esta apelación*" . (p. 7, c. 3). Y, adicionalmente, se hace énfasis en que lo que se expidió fue un certificado individual de seguro, pero la póliza misma nunca se vio.

2.6. Pues bien, una primera cosa salta a la vista en el expediente, y consiste en que, como dicen los recurrentes, en ninguna parte reposa la póliza de seguros; se sabe sí, de la existencia del contrato, porque,

dadas sus actuales características, puede ser demostrado por escrito o por confesión (art. 1046 del C.Co., modificado por el art. 3° de la Ley 389 de 1997) y aquí se trajo el certificado individual expedido por la demandada, referente a la póliza AP438B (p. 18, c. 1) y en la contestación fue aceptada expresamente su existencia, lo que se erige en confesión (art. 194 CPC, vigente para entonces).

Así que, como el meollo del asunto está en las exclusiones, la presencia de la póliza misma era de suma importancia, en cuanto que el certificado expedido apenas refiere quién fue el tomador, la denominación del plan, quiénes el asegurado y los beneficiarios, el cuadro de beneficios, la definición de amparos, las causales de terminación del amparo y las consecuencias de la inexactitud en la declaración de edad.

Concretamente, en el acápite de *"DEFINICIÓN DE AMPAROS"* reza el certificado que *"...SE REGIRÁ POR LOS AMPAROS DEFINIDOS EN EL CUADRO ANEXO, EN TODO LO NO PREVISTO SE REGIRÁ POR LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO Y AL ORIGINAL DE LA PÓLIZA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA".* Y más adelante señala que *"ESTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO ESTÁ SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCLUSIONES MENCIONADOS EN LA PÓLIZA".*

Póliza que, se repite, no fue allegada al expediente, con lo que, una primera conclusión en el fallo ha debido ser, y por eso se resalta ahora, que su contenido quedó sin prueba y todo lo que se conoce de la cobertura es lo que revela el certificado que se aportó.

Y eso de que se desconozca lo que dice la póliza con certeza cobra relevancia, en la medida en que el certificado mismo dice que el régimen de exclusiones será el que allí se mencionó.

Si bien el contrato de seguro se rige por el principio fundamental de libertad contractual, que le permite tanto al asegurador como al tomador de la póliza decidir si se ampara o no determinado riesgo, salvo las restricciones legales (art. 1056 C. Co.), es lo cierto que cuando la aseguradora decide limitar el amparo a determinadas contingencias y excluir otras, está condicionado para ello por normas expresas, como el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (D. 663 de 1993), que señala el régimen de las pólizas y tarifas y prevé, como requisitos de aquellas, que:

a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;

b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles; y

c. **Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza."** (negrillas fuera de texto)

(…)"

En el mismo sentido, el artículo 44 de la Ley 45 de 1990, textualmente establece:

"… Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

1º. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, a la presente Ley y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva.

2º. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y

3º. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar en caracteres destacados, en la primera página de la póliza …" (negrillas fuera del texto)

Disposiciones de las que emerge un deber legal de la aseguradora informar, en la hoja principal de la póliza y en caracteres destacados, no solo los amparos básicos que va a cubrir, sino, y más importante aún, las exclusiones.

No hacerlo, torna ineficaz cualquier exclusión que se quiera hacer valer y que esté contenida en otros documentos, mucho más, si estos ni siquiera contienen la mención de la póliza a la que acceden, y con mayor razón, si hay incluso confusión en torno a la nomenclatura misma de la póliza.

Sobre estos aspectos, aunque en sede constitucional, sirven como criterio auxiliar reiteradas decisiones de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia[2], compendiadas en la última de ellas, esto es, en la sentencia STC9892-2020, en la que se explicó con suficiencia lo siguiente:

…se aprecia que habrá de concederse parcialmente el amparo, habida cuenta que, ciertamente el *ad quem* convocado incurrió

[2] Sentencias STC514-2015 y STC17390-2017

en causal de procedencia del amparo con lo resuelto, al valorar indebidamente la póliza de seguro No. 0941329-5 del vehículo que ocasionó el accidente objeto del proceso declarativo cuestionado, si en cuenta se tiene lo siguiente:

4.1. En la primera página del documento referido se lee, que el *«presente contrato se rige por las condiciones particulares y generales contenidas en la forma F-01-40-068 las cuales se* ***adjuntan***» (resalta la Sala). A continuación, en un escrito separado denominado «*Condiciones Generales Hace Parte de la Póliza»*, con *«identificación interna de la proforma: F-01-40-068»*, en el supra *«No. 2»* se determinan las «*EXCLUSIONES»* del amparo, dentro de las que se encuentran «*2.1.1. MUERTE O LESIONES A OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO, CUANDO ESTE SEA DE SERVICIO PÚBLICO; CUANDO SIENDO PARTICULAR ESTUVIESE DESTINADO AL SERVICIO FUNERARIO O ESCOLAR»*.

En esas condiciones, surge evidente que las exclusiones de la póliza aludida no se encontraban en la primera página del documento, por el contrario, se hallaban en un escrito *adjunto* o separado, por lo que no satisfacía la exigencia contemplada en el numeral 3º artículo 44 de la Ley 45 de 1990 según el cual, «[l]*os amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza»*; y en el literal c) del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, que a la letra dispone que «[l]*os amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza*».

4.2. En este orden de ideas, la Colegiatura accionada omitió apreciar que las «*exclusiones»* contenidas en la póliza aportada por la compañía de seguros demandada no se ajustaba a los parámetros contemplados en los mandatos legales aludidos, y por ende, carecía de eficacia, al no constar en la primera página de aquel documento sino en uno separado y adjunto a éste. Y es que, la valoración de ese aspecto resultaba fundamental en el *sub examine*, si en cuenta se tiene que una de las defensas de la aseguradora demandada era, precisamente, la exclusión del amparo, por lo que, no debió el Tribunal accionado apartarse del estudio de los requisitos de la póliza obrante en el plenario.

4.3. En un caso de perfiles semejantes al de ahora, la Corte consideró: «*Es que en verdad la Magistratura confutada no precisó qué interpretación merecen los preceptos que regulan la materia bajo estudio, y concretamente los que atañen a las «exclusiones», a saber:*

Artículo 44 de la Ley 45 de 1990 «Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:
(…).

3º. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.

Artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (…) *requisitos de la póliza. Las pólizas deberán sujetarse a las siguientes exigencias* (…).

c. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza (…)".

Las Circulares Externas, emitidas por la Superintendencia Financiera de Colombia, 007 de 1996, capitulo II, 1.2.1.2:.

A partir de la primera página de la póliza (…) [l]*os amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral.*

Y 076 de 1999, (…) *2. Primera página de la póliza. En esta página debe figurar, en caracteres destacados, según, los mismos lineamientos atrás señalados, y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada, los amparos básicos y todas y cada una de las exclusiones que se estipulen. Por ningún motivo se podrán consignar en las páginas interiores o en las cláusulas posteriores exclusiones adicionales que no se hallen previstas en la primera condición aquí estipulada*.

Tampoco dijo nada en punto a la CSJ STC514-2015, cuya postura se reiteró en la CSJ STC17390-2017. Allá se acotó:

'(…) *En ese orden de ideas,* ***la "exclusión" contenida en el «anexo a la póliza para seguro de vida individual» que en el sub júdice fue aportado como medio de acreditación, prueba esta que el Tribunal acusado tuvo como sustento para fincar su resolución, según viene de verse, resulta contraria a lo dispuesto en la ley, toda vez que el marco legal que regula precisamente el tema de las «exclusiones en las pólizas de seguro», dada su naturaleza pública, es de obligatorio cumplimiento y, por ende su inobservancia torna los pactos que se hagan en contrario como ineficaces, esto es, que no producen ningún efecto en el tráfico jurídico*** (…)"

Ergo, la autoridad censurada debió establecer si la estipulación de la «exclusión», que fue el pilar de su determinación, se ajustaba (o no) a los postulados emanados del legislador y la Superintendencia Financiera, es decir, si se encontraba en caracteres destacados, era comprensible su redacción y se ubicaba en la primera página o caratula de la póliza (…)".

Y en otra más, esto es, en la sentencia STC3552-2020, en la que también se abordó esa misma problemática, se dijo:

Adicionalmente, revisadas las pruebas adosadas, se constata que el clausulado del contrato de seguro acopiado al litigio, no correspondía a la póliza tomada por la firma tutelante.

Lo anterior, por cuanto en el carné elaborado por La Equidad Seguros Generales O.C. se indicó que los límites y condiciones del negocio se sujetaban a las pautas del formato de la empresa aseguradora N° 2909203-1501-00000000000103, pero, a la contienda se trajo uno distinto, esto es, el N° 15012007-1501-0000000000000103.

En esa medida, el litigio se definió con un documento distinto al acordado por las partes contratantes, es decir, Cootransmagdalena Ltda., aquí suplicante, y La Equidad Seguros Generales O.C., lo cual refuerza la existencia de la vulneración alegada en el decurso refutado.

Al punto, en un asunto con perfiles análogos, la Sala enfatizó:

"(…) *El Tribunal, por lo tanto, cometió un error manifiesto y trascendente al negar la condena en contra de la aseguradora llamada en garantía con fundamento en la interpretación que hizo de los artículos 1088 y 1127 del Código de Comercio, según la cual la indemnización a su cargo no comprendía el daño moral ni el daño a la vida de relación inferido a los demandantes por ser de carácter extrapatrimonial. Al razonar de esa forma, desconoció que los perjuicios patrimoniales de que trata el 1127 son los que el asegurado causa al damnificado, es decir los mismos que aquél sufre en razón del pago de la indemnización a su cargo* (…)".

"(…) *En consecuencia, al interpretar erróneamente tales disposiciones, aplicó indebidamente el artículo 1127 ibidem, incurriendo de ese modo en una violación del derecho fundamental al debido proceso que denunciaron los tutelantes* (…)".

"(…) *Ahora bien, respecto de los artículos 44 de la Ley 45 de 1990 y 184 del decreto 663 de 1993, que indican clara e inequívocamente que los amparos básicos y las exclusiones deben figurar en caracteres destacados en la primera página de la póliza, el juzgador realizó una exótica interpretación, según la cual esas disposiciones sólo expresan «que las condiciones generales deben contener, de manera continua y con posterioridad a la primera página, amparos y exclusiones», mas no que éstas deben consignarse en la primera página; lo anterior en contravía de lo explicado por la jurisprudencia de esta Corte en STC 514 del 29 de enero de 2015* (…)".

"(…) *Según el artículo 27 del Código Civil, «cuando el sentido de la ley sea claro, no se desatenderá su tenor literal a pretexto de consultar su espíritu». Luego, como el artículo 44 de la Ley 45 de 1990 y el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero son claros al exigir como requisito que «los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza», cualquier otra interpretación que desconozca el tenor literal de esas disposiciones se erige en una arbitrariedad, tal como ocurrió con la particular exégesis del Tribunal, según la cual el sentido de aquellas normas es «que las condiciones generales deben contener, de manera continua y con posterioridad a la primera página, amparos y exclusiones», lo cual es tan absurdo y alejado de la finalidad de la ley que no merece mayores comentarios* (…)".

"(…) *Al respecto, esta Corporación en varias oportunidades ha aclarado que el marco legal que regula el tema de las exclusiones en las pólizas de seguro es de naturaleza pública y, por tanto, de obligatorio cumplimiento, lo que vicia de ineficacia las estipulaciones de los contratos de seguro que se celebren con desconocimiento de tales formalidades. En consecuencia, las exclusiones que contravengan los requerimientos legales, como su redacción en caracteres destacados en la primera página de la póliza,*

se tendrán en todos los casos como no escritas, tal como lo ha afirmado esta Corte en STC del 25 de julio de 2013 (Rad. 01591-01) y STC514 del 29 de enero de 2015 (Rad. 201500036-00) (…)".

"(…) *La elaborada interpretación del Tribunal, en suma, desconoció el imperio de la Ley y los lineamientos jurisprudenciales que esta Sede ha expresado en materia de cumplimiento de requisitos formales de las pólizas de seguros, lo que lo condujo a dar valor probatorio a unas exclusiones que no sólo no eran tales -como se indicó con anterioridad- sino que ni siquiera se demostró que hicieran parte del contrato de seguro, como enseguida pasa a explicarse* (…)".

"(…) *Con relación a la valoración material del documento contentivo de las exclusiones, el juzgador de segunda instancia pasó por alto que en la primera página de la póliza se señaló que «hacen parte de la presente póliza las condiciones generales contenidas en la forma* ***10/06/2015-1329-P-02-EAU001A»*** *[folio 71]. Sin embargo, la aseguradora mencionada allegó al proceso las cláusulas contenidas en un formato diferente, identificado con el número* ***«26/03/2010-1329-P-02-EAU001A»*** *[folio 72 y s.s.]; por lo que ni siquiera logró demostrarse la existencia material del documento que la aseguradora pretendió hacer valer como prueba de la exclusión que adujo como sustento de sus excepciones* (…)".

"(…) *Al no haber prueba de las supuestas exclusiones en las que la aseguradora pretendió fundar la ausencia de su obligación contractual respecto al pago de los perjuicios sufridos por el asegurado con ocasión de su responsabilidad extracontractual, no existió ninguna razón para declarar la prosperidad de aquélla excepción, por lo que la limitación de su obligación al pago de los perjuicios patrimoniales que sufrieron las víctimas careció de todo sustento legal* (…)" [3] (negrilla original).

Así que, cual viene de verse, la normativa transcrita es imperativa, de obligatoria observancia y por tanto no es posible excusar su cumplimiento, pues una cláusula pactada sin el cumplimiento de esos requisitos se torna ineficaz.

2.7. Con todo lo anterior y volviendo la vista al caso concreto, se halla razón en la censura que plantean los demandantes, por varios aspectos:

El primero, que a diferencia de lo que piensa la aseguradora, la confusión que ella misma tiene acerca de si se trata de la póliza AP438B o de la APT9438, no es de poca monta, pues si se conviene en que las condiciones del contrato de seguro deben aparecer reflejadas en ella, y de manera particular las exclusiones en su primera hoja, es menester

[3] CSJ. STC17390-2017, de 25 de octubre de 2017, exp. 11001-02-03-000-2017-02689-00.

conocer con certeza cuál es en realidad, y no solo eso, sino aportarla, para que el juez pueda conocerlas y definer la litis.

Pero, además, la trascendencia de saber de su existencia se soporta en que los documentos anexos, como ya se analizó, deben guardar estrecha relación con ella, y por más que en términos generales en la modalidad puedan tener unas condiciones comunes, el juez debe conocer con claridad cuáles fueron las precisas exclusiones pactadas respecto de la póliza a la que acceden.

Estos cometidos no se lograron en este caso, por la evidente razón, se repite, de que la póliza misma no fue aportada, y el certificado se quedó corto en el cumplimiento de aquellas exigencias.

En adición, es evidente que en el certificado no se consignó, como suele ocurrir, cuál era el formato general al que quedaba sometida la póliza; simplemente se habló de un anexo, sin especificarlo. Eso significa que, como resalta la Corte, tampoco por este aspecto hay forma de establecer que las exclusiones de que se vale la aseguradora, correspondan concretamente a la póliza que contiene las prestaciones a su cargo.

Y por último, a fuerza de insistir, está claro que como no se aportó la póliza, se desconoce si la aseguradora cumplió la normativa que le ordena incluir en ella las exclusiones en su primera página, con lo que, aun si se hubiera podido establecer que las condiciones generales allegadas tenían relación con la póliza AP438B, serían ineficaces.

2.7. Dicho esto, la conclusión del juzgado, en parecer de la Sala se apartó de lo que fue acreditado en el proceso y lo que manda la ley, por lo que la sentencia tendrá que ser revocada, anticipando que lo expuesto hasta ahora sirve de soporte para desechar las excepciones propuestas por la aseguradora.

Lo anterior es así, dado que, si se observa el certificado que obra a folio 46 del cuaderno principal, se indica el "*cuadro de beneficios*" delimitado a "*muerte accidental*" e "*incapacidad total y permanente por accidente*". Y al contestar la demanda no se discute que la muerte del asegurado hubiera sido accidental, lo que en realidad se controvierte es que, como fue producto de un homicidio, según se acepta expresamente en la respuesta a los hechos, estaba excluida la cobertura según

el clausulado general aportado. De hecho, se hace alusión a que el homicidio está acreditado con la certificación expedida por la Fiscalía General, como en efecto se hizo (p. 19, c. 1).

Mas, ya se vio que la prueba de la exclusión fue deficiente y, por tanto, la causal se torna ineficaz, con lo que, aceptada aquella circunstancia, era menester salir al reconocimiento de los valores que fueron pactados por el siniestro.

2.8. En conclusión, se tiene que la sentencia de primera instancia será revocada para, en su lugar, declarar no probadas las excepciones y acceder a lo pedido, esto es, ordenar a la aseguradora ACE SEGUROS S.A. que pague a Juan Fernando Cano Arrubla y Rosa Angélica Arrubla García, como beneficiarios del seguro PLAN "MAÑANA SEGURO" póliza AP438B, la suma de ciento treinta y dos millones quinientos nueve mil ochocientos noventa y cuatro pesos, (valor asegurado), distribuidos en un cincuenta por ciento (50%) para cada uno de ellos, tal como fue estipulado.

Las costas en ambas instancias correrán a cargo de la entidad aseguradora demandada y en favor de los demandantes, por haber prosperado el recurso (art. 366 No. 4 CGP). Se liquidarán ante el juzgado de primera instancia, siguiendo las pautas del artículo 366 del CGP, dado que, a partir de la ejecutoria de este fallo el proceso hará tránsito al CGP. Para tal fin, en auto separado se fijarán las agencias en derecho.

3. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, esta Sala de Decisión Civil-Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, en descongestión, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

1°. **REVOCAR** la sentencia proferida por el Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Descongestión de Medellín, el 1º de octubre de

2014, dentro del proceso ordinario propuesto por **Rosa Angélica Arrubla García y Juan Fernando Cano Arrubla** frente a **ACE SEGUROS S.A.**

2°. En su lugar, **DECLARAR NO PROBADAS** las excepciones de mérito propuestas por la parte demandada.

3º. **DECLARAR** que entre ACE SEGUROS S.A., como aseguradora, y Sergio Andrés Cano Arrubla, como asegurado, existió un contrato de seguro representado en la póliza AP438B (APT9438 para la demandada), que cubría el riesgo de muerte accidental en cantidad $132’509.894,oo.

4°. En consecuencia, se le ordena a ACE SEGUROS S.A. pagar a los demandantes, Rosa Angélica Arrubla García y Juan Fernando Cano Arrubla, en calidad de beneficiarios, en un porcentaje del cincuenta por ciento (50%) para cada uno, la suma de CIENTO TREINTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS ($132’509.894,oo), en los diez días siguientes a la ejecutoria de este fallo.

5°. Las costas en ambas instancias serán a cargo de la entidad aseguradora demandada y en favor de los demandantes. Se liquidarán ante el juzgado de primera instancia, siguiendo las pautas del artículo 366 del CGP. En auto separado se fijarán las agencias en derecho.

Notifíquese

Los Magistrados,

JAIME ALBERTO SARAZA NARANJO

SIN NECESIDAD DE FIRMAS.
(Art.7º, Ley 527 de 1999, Arts. 2° Inc 2°, Decreto Presidencial 806 de 2020 y 28, Acuerdo PCSJA20-11567,CSJ)

ADRIANA PATRICIA DÍAZ RAMÍREZ **DUBERNEY GRISALES HERRERA**