

JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Bogotá, D.C., marzo diecisiete (17) de dos mil veintitrés (2023).-

Referencia: Proceso Declarativo de Protección al Consumidor **de JOSÉ MIGUEL PALMERA GUASCA** contra **Seguros de Vida Suramericana S.A..**

Radicado: N° 110010800 008 2020 01561 01.

Secuencia: 10542 del 06/05/2021

Ingresó: 22/04/2022.

Asunto: Sentencia Segunda Instancia.

Siendo el momento procesal oportuno, agotados los trámites de ley, procede el Despacho a proferir sentencia escrita de segunda instancia dentro del trámite de la referencia, previo los siguientes:

ANTECEDENTES

Con fundamento en la normativa estatuida para la protección del consumidor financiero, -Ley 1328 de 2009-, el actor JOSÉ MIGUEL PALMERA GUASCA promovió ante la Superintendencia Financiera, demanda contra SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., indicando que la empresa CI PRODECO S.A., en condición de tomador adquirió una póliza de seguros, plan clásico no contributivo con la entidad aseguradora en comento, en la que el demandante ostenta la calidad de asegurado por ser trabajador de la indicada empresa, al ser adherido a la misma desde 2009; que en este evento no se le informaron al demandante las condiciones del contrato como coberturas, exclusiones y valores del contrato; que el asegurado fue calificado con incapacidad con perdida laboral del 55.99% por enfermedad común y fecha de estructuración del 14 de noviembre de 2018, lo anterior por Seguros Bolívar S.A., para el año 2019 y por las enfermedades de Enfermedad Diverticular de intestino, Gastritis, Hipertensión, Mialgia, Sinusitis maxilar crónica, Trastorno depresivo recurrente, Vértigo paroxístico benigno; que el 13 de junio de 2019 el demandante presentó reclamación ante el tomador del seguro, la que se trasladó por el empleador a la compañía SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.; que el 22 de agosto de 2019 la aseguradora despacho la reclamación en forma negativa, por encontrarse el evento inmerso en causales de exclusión; que otra compañera en el año 2018 sí fue indemnizada por el 60% por las mismas patologías, especialmente el Trastorno depresivo recurrente.

Conforme a los fundamentos fácticos, la parte demandante solicitó las siguientes pretensiones:

1.- Se declare responsable a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con relación a las obligaciones contenidas en la póliza No 083001004433 adquiridas para con el demandante en su condición de asegurado.

2.- Condenar en consecuencia a la aseguradora SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a pagar al actor la suma de \$90.000.000.00 por indemnización y los intereses moratorios desde el 19 de junio de 2018..

TRÁMITE PROCESAL

La demanda fue Admitida por la Superintendencia Financiera, el 7 de julio de 2020, y tras tener por notificada a la aseguradora, sentó la ausencia de contestación a la demanda de parte de la misma; tras el trámite de incidente de nulidad por indebida notificación, entre otros, el que fuera negado, se siguió la actuación, agotando las audiencias de que tratan los arts. 372 y 373 del CGP, dictando la sentencia el 12 de abril de 2021, en la que se accedió a las pretensiones de responsabilidad e indemnizatorias del demandante y se hicieron las condenas respectivas en el marco del contrato de seguro de vida grupo. Así mismo se condenó en costas a la aseguradora convocada.

LA SENTENCIA DE LA PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Financiera tras evocar la legislación vigente en materia de los derechos de los consumidores financieros, la de la actividad de seguros y la supervisión o vigilancia de esta actividad por aquella dependencia de la Administración, indicó que la decisión se encaminaría a resolver si existe o no responsabilidad por parte de la demandada en razón a la póliza de seguro vida grupo indicada, por el evento de la pérdida de la capacidad laboral del actor; verificado el materia probatorio adosado al plenario, indicó que no se acreditó que el asegurado demandante hubiere conocido de las exclusiones de la póliza, por parte de la entidad aseguradora demandada, por lo que juzgó que ésta trasgredió el deber de información establecido en la ley para las compañías de seguro, amén que no acreditó la requerida diligencia y cuidado; que en este caso hay confesión ficta de los hechos 4, 12 y 14 de la demanda, por lo que las condiciones de la póliza a aplicar son las de 2009 al inicio del

seguro, a más que debía tenerse en cuenta que el dictamen de invalidez presentado no fue objetado en su cuantía y fecha, por ello condenó a la aseguradora convocada al pago de \$87.129.204.00 por indemnización más intereses de mora desde agosto de 2019 en los términos del art 1080 del C. de Co., hasta su pago.

EL RECURSO DE APELACION

En la oportunidad procesal correspondiente la parte demandada presentó los reparos contra la sentencia dictada por la Superintendencia Financiera y posteriormente, presentó la sustentación, referente a que se desconoció por el a quo que el seguro era uno de aquellos de estipulación favor de terceros o tomado por cuenta de otro; que el dictamen de incapacidad no está en firme; que a su vez se desconoció la autonomía de las diferentes renovaciones por lo que no hay inoponibilidad de exclusiones; que estos contratos de seguro son de libre negociación y no de adhesión, por lo que para las renovaciones de 2015 y 2016 se incluyó válidamente una cláusula de exclusión por objeción de la aseguradora, devenida de la alta siniestralidad vinculada con ese negocio; que el sindicato de trabajadores de la compañía CI PRODECO S.A., fue el que exigió el seguro de vida grupo en la convención colectiva, por eso, la empresa lo adquirió y era aquel ente laboral el encargado de informar a la colectividad sus particularidades; que si se acepta el contrato de seguro de 2009 también los montos de las indemnizaciones allí pactadas deben aplicarse y no las de 2019; que el deber de información fue indebidamente aplicado, por existir en el contrato norma especial que regula la entrega de los documentos que lo componen, esto es el art. 1046 del C. de Co., a más que el demandante si conocía todo lo relacionado con la póliza y sus exclusiones por las reuniones de trabajadores en que se socializaba la póliza, ello ocurrido antes de su calificación.

CONSIDERACIONES

Examinada la actuación agotada en la causa en la primera instancia, se concluye, que se reúnen los presupuestos procesales, la demanda fue presentada en debida forma según los requisitos del art. 82 del Código General del Proceso; los extremos en la lid fueron debidamente representados; y no se observan además, causales de nulidad que, vigentes a la fecha, pudieran invalidar total o parcialmente lo actuado.

Se resalta, que si bien se presentó la demanda con la denominación *de acción de protección al consumidor financiero*, lo cierto es, que aun cuando alguna norma de este estatuto se citó como transgredida por la demandada en el marco del contrato de seguro para reclamar la responsabilidad contractual de la demandada, lo cierto es, que la acción, por este mismo hecho, es meramente indemnizatoria, dentro del marco de la responsabilidad civil contractual del contrato de seguro vida grupo, materia esta que no es de competencia de la judicatura que asumió y sentenció la causa, en los términos del art. 24 -2 del CGP que reza: "...2. La Superintendencia Financiera de Colombia conocerá de las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de las 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...", lo que no se hace extensivo a acciones contractuales de responsabilidad en el marco del contrato de seguro, como la que aquí se zanja, aun cuando la misma se finque en esencia, en el incumplimiento de un precepto del Estatuto de los Consumidores Financieros, que claramente tiene su propio régimen sancionatorio; sin embargo y como quiera que las partes incluso ante esta segunda instancia actuaron sin alegar tal defecto, es del caso precisar que conforme lo previsto en el art. 16 del CGP, la misma se encuentra saneada.

Hecha la anterior precisión, se procede a analizar el argumento del apelante de cara a la decisión cuestionada, para establecer si en efecto los yerros enrostrados a la sentencia cuestionada se acreditan, y de ser así, acceder a la revocatoria pedida en sede de apelación.

Como se indicó, el demandante fundó la pretensión de incumplimiento de parte del asegurador demandado, al contrato de seguro en el que él funge como asegurado, *en la inobservancia legal y contractual de la compañía de seguros, al deber de información*, que como principio orientador, rige las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, y entre otros preceptos consagra el art. 3 literal c) de la Ley 1328 de 2009 que dice: "...c) 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..." principio que se desarrolla en los siguientes arts. 9 y 10 del mismo compendio legislativo al

decir: que, las entidades vigiladas deben informar a los consumidores financieros, como mínimo, las características de los productos o servicios, los derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos, las medidas para el manejo seguro del producto o servicio, las consecuencias derivadas del incumplimiento del contrato, y la demás información que la entidad vigilada estime conveniente para que el consumidor comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio; que para lo anterior, La Superintendencia Financiera de Colombia deberá impartir instrucciones especiales referidas a la información que será suministrada a los consumidores financieros de manera previa a la formalización del contrato, al momento de su celebración y durante la ejecución de este, indicándole a la entidad vigilada los medios y canales que deba utilizar, los cuales deben ser de fácil acceso para los consumidores financieros y que ésta información deberá ser suministrada a los clientes de la entidad vigilada, con una periodicidad por lo menos anual, además que, las entidades vigiladas deberán publicar en su página de Internet el texto de los modelos de los contratos estandarizados que estén empleando con su clientela por los distintos productos que ofrecen, en la forma y condiciones que señale la Superintendencia Financiera de Colombia, para consulta de los consumidores financieros.

En este mismo ámbito refiere la normativa en cita, que, cualquier modificación a las condiciones del contrato, que fueren factibles o procedentes atendiendo el marco normativo específico de cada producto y las disposiciones generales de esta ley, así como las específicas de otras normas, deberá ser notificada previamente a los consumidores financieros en los términos que deben establecerse en el contrato. *En el evento en que la entidad vigilada incumpla esta obligación, el consumidor financiero tendrá la opción de finalizar el contrato sin penalidad alguna, sin perjuicio de las obligaciones que según el mismo contrato deba cumplir.*

A la par de tales deberes que comprometen a la entidad aseguradora aquí demandada, por ser un ente vigilado por la ley, - art. 335 de la C.N y Estatuto Orgánico del Sistema Financiero- se regulan en el Estatuto del consumidor financiero, derechos y obligaciones de los consumidores durante toda la vigencia del contrato de que trate, como *a tener a su disposición, en los términos establecidos en la presente ley y en las demás disposiciones de carácter especial, publicidad e información transparente, clara, veraz, oportuna*

y verificable, sobre las características propias de los productos o servicios ofrecidos y/o suministrados, información que deberá ser de tal que permita y facilite su comparación y comprensión frente a los diferentes productos y servicios ofrecidos en el mercado, a la que puede acceder, mediante el derecho de petición no solo ante la entidad vigilada, sino ante el defensor del Consumidor Financiero y ante la Superintendencia Financiera de Colombia y los organismos de autorregulación.

A la par de tal obligación de la entidad vigilada, la ley 1328 de 2009, le indica a modo de *buenas prácticas de protección propia al consumidor financiero*, en su art 6 °, la obligación de *cerciorarse si la entidad con la cual desean contratar o utilizar los productos o servicios se encuentre autorizada y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia; 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; observar las instrucciones y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros; revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos; informarse sobre los órganos y medios de que dispone la entidad para presentar peticiones, solicitudes, quejas o reclamos y obtener una respuesta oportuna a cada solicitud de producto o servicio.*

Empero aun así, la norma evocada precisa que, el no ejercicio de las buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros no implica la pérdida o desconocimiento de los derechos que le son propios ante las entidades vigiladas y las autoridades competentes. De igual manera, no exime a las entidades vigiladas de las obligaciones especiales consagradas en la presente ley respecto de los consumidores financieros.

Bajo este ámbito normativo, cabe analizar los puntos soporte del recurso de apelación, para establecer si en efecto, aún acreditado el incumplimiento del deber legal y contractual de información, vinculado con el cambio de las exclusiones pactadas en el seguro de vida grupo contenido entre otros instrumentos en la póliza No 083001004433, que venía renovándose año tras año desde 2009 hasta 2018, convenida por la empresa CI PRODECO S.A. como

tomadora, para con la demandada Seguros de Vida Suramericana s.a., y en la que siendo el asegurado- entre otros- el actor JOSÉ MIGUEL PALMERA GUASCA, la indemnización que se concedió en el fallo de primera instancia a su favor, resultaba procedente.

No hay discusión en este juicio sobre la existencia del contrato de seguro de vida grupo convenido desde el año 2009, cuyas partes son el asegurador Seguros de Vida Suramericana S.A., el tomador CI PRODECO S.A., los asegurados, los trabajadores de aquella compañía, entre los que se encontraba el aquí demandante JOSÉ MIGUEL PALMERA GUASCA.

Tampoco hay discusión sobre las modificaciones sobrevinientes al contrato de seguro dicho, acaecidas en renovaciones posteriores de la póliza, como aquella contenida en las condiciones particulares de octubre 23 de 2017 cuyo ejemplar trajo el demandante en copia, y en las que se dijo que para la vigencia de 1 de diciembre de 2017 y 1 de diciembre de 2018, se tenía como exclusión frente a los riesgos de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, que: *"...Este seguro no cubre la invalidez o pérdidas de capacidad laboral que sean consecuencia directa o indirecta, en todo o en parte, de patologías osteomusculares o de trastornos mentales cuyo origen sea determinado como común"...."*

La discusión descansa en el incumplimiento del deber de información de esa novedad contractual al aquí asegurado por parte de la compañía, siendo como lo es, uno de los asegurados en aquel convenio, todo de conformidad con el derecho a la información ya reseñado en precedentes párrafos, pues por este hecho negligente y omisivo del asegurador, tales modificaciones de exclusión, no contenidas en el pacto aseguratorio de años anteriores, no le resulta oponible al demandante, quien afirma estar cobijado por los riesgos asegurados al ser víctima del siniestro que lo materializa.

Como atrás quedó, las reglas del estatuto del consumidor financiero no solo traen disposiciones que conciernen a una *diligencia calificada* de las entidades aseguradoras, como lo es el deber de información en los términos descritos, sino que aparejado a ello, trae un deber correlativo para los consumidores, esquematizado bajo una conducta de buenas prácticas, empero no por ello inobservable o de poca entidad, vinculado con su deber de indagar 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; observar las instrucciones y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros; revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos; informarse sobre los órganos y medios de que dispone la entidad para presentar peticiones, solicitudes, quejas o reclamos y obtener una respuesta oportuna a cada solicitud de producto o servicio.

Ello, toda vez que, este deber resulta relevante en el contrato de seguro que se toma por otro o para otro, como lo es el fuente de la demanda, esto es, el seguro de vida grupo (arts. 1151 a 1162 del Código de Comercio), en el que se concretan sus condiciones y beneficios y exclusiones, con el tomador de póliza y la entidad aseguradora, sin intervención del asegurado o beneficiario, como parte contractual, situación que no exime a estos últimos como parte del contrato, por esa precisa condición, a documentarse de forma idónea y correspondiente, de las características, condiciones y demás elementos de la convención, y de buena fuente, ya que son precisamente los asegurados o beneficiarios en el mencionado contrato, pactado en su favor.

Claro, lo anterior en la medida que, si como en este caso se trataba de un beneficio alcanzado por las luchas sindicales, no era de poca entidad conocer los beneficios del mismo para los asegurados trabajadores, como el aquí demandante, máxime si este negocio como conquista laboral perduró por más de diez años a la fecha de la demanda, y que el mismo demandante dijo conocerlo -en su interrogatorio de parte, en que infirmó la confesión del demandado¹- incluso, desde su ingreso a la empresa en el año 2009, y a su vez, que en razón al mismo, supo de cientos de personas trabajadoras de la empresa tomadora del seguro, que resultaron con el mismo indemnizadas, y entre ellas su propio cuñado, y por una dolencia similar a la suya, para el año 2015.

Por manera que, no se ve en este caso que el demandante haya sido mantenido en la ignorancia del contrato de seguro y sus modificaciones ulteriores, por un acto negligente o de mala fe de la demandada aseguradora, que trascendiera más allá de del ámbito de las sanciones que por este hecho

¹ Art. 197 del CGP

trae el estatuto de los consumidores, -como el dar por terminado el contrato, sin condenas para el asegurado-, para de allí comunicarse al ámbito de la responsabilidad contractual, devenida del clausulado legal y especial pactado en el respectivo contrato por sus intervinientes.

Lo dicho, si se tiene en cuenta, que en el ámbito de la responsabilidad contractual, el incumplimiento del contratante de quien la misma se aduce, para reclamar indemnización por ese hecho, debe ser trascendente, de reconocida importancia contractual y con evidente relación de causalidad,² lo que aquí no ocurre, pues como lo indica el mismo estatuto de los consumidores, son varios los canales que las aseguradoras deben contar para publicar la reglamentación de sus productos y contratos, las que no dijo haber consultado el demandante, para acceder a conocer la minucia contractual.

A más que, para dar relevancia o entidad a ese postulado que protege a los consumidores, debió acreditarse que para la fecha del siniestro, en efecto ya el asegurado había gestionado mínimamente un requerimiento para conocer la información del contrato, que le era útil a sus intereses y la misma le fue negada, como un acto de cumplimiento del deber de buenas prácticas, que correlativo al de información trae para sí el mentado estatuto de protección a los consumidores financieros.

Mírese que el actor indicó que como conductas tendientes a lograr el clausulado del contrato de seguro vida grupo, acudió primero a solicitarla a la empresa, quien lo remitió a la aseguradora, pero instrumentación de ese acto y su tiempo, no se adoso al plenario, para establecer si lo fue, con antelación a la fecha de su condición de incapacitado, esto es, enero de 2019; por el contrario, esta diligente conducta, devenida del deber de buenas prácticas del consumidor apenas la cumplió en fecha posterior a que le fuera negada la reclamación por la aseguradora, esto es en agosto de 2019, en que indicó la presentación al asegurador demandado, de un derecho de petición de toda la información del seguro, promovida el 17 de octubre de 2019, y, del que posteriormente discutió en acción de tutela, su cumplimiento.

A lo dicho se suma que resulta inaceptable que el aquí demandante no conociera del contrato y sus pormenores, si afirmó a la jurisdicción al absolver

² Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia SC3791-2021 de primero (1 º) de septiembre de dos mil veintiuno (2021).

el interrogatorio de parte formulado, como se indicó renglones atrás, que conocía con antelación, de decenas de personas que habían sido indemnizadas por el seguro de marras, incluso su mismo cuñado, y por similares circunstancias a las que adujo él para acceder a esa misma indemnización.

Estos antecedentes debidamente acreditados en el expediente, nos conducen a concluir, que las cláusulas de exclusión pactadas en el contrato de seguro por tomador y asegurador, con relación a la póliza seguir vida grupo número 083001004433 en la renovación de 2017 y 2018, si le son oponibles al aquí demandante, quien no acreditó de un lado, la mínima carga de diligencia, para conocer las condiciones y clausulado general del seguro del cual era asegurado, por más de diez años, desde el año 2009 hasta 2019, ya que solo negada una reclamación planteada en meros antecedentes indemnizatorios de decenas de trabajadores, que juzgó ostentaban idénticas o por lo menos similares condiciones a las suyas, es que acudió a ese deber legal de documentación de las condiciones del contrato de seguro, que, para la fecha de su evento aducido como siniestro, ya no tenía cobertura, y de otro lado, al resultar demostrado en el plenario que en efecto el demandante no desconocía el clausulado del contrato, por conocer muchos los eventos de compañeros de trabajo, que con fundamento en las reglas del contrato, accedieron a la indemnización, a la que el mismo pretendió con esta demanda.

Sumase a lo dicho, que el hecho omisivo aludido de la aseguradora, si acaso existió, no trasciende en uno con la suficiente relevancia para aducir el incumplimiento contractual de la aseguradora demandada, en el escenario de la responsabilidad contractual en el contrato de seguro de vida grupo, pues no tiene la relevancia suficiente, para anteponerlo o tenerlo como fuente de la declaración de la responsabilidad contractual del asegurador en el marco del contrato de seguro pactado en favor de otro, para asirse de la indemnización, con la omisión del clausulado referente a las exclusiones pactadas, que entre otros, refieren al equilibrio contractual.

Son estos argumentos, los que, siendo suficientes, soportan la negativa a las pretensiones del demandante, y conducen a revocar la sentencia de la primera instancia dictada por la Superintendencia Financiera en el asunto en referencia, condenando en costas como consecuencia a la parte actora en ambas instancias, al evidenciarse que el hecho aducido como siniestro por el demandante, se encontraba excluido de los riesgos pactados en el contrato de

seguro indicado³, específicamente lo relacionado con la enfermedad Trastorno depresivo recurrente, como dolencia que entre otras, integraron su calificación de incapacidad laboral en un 55.99%, para las coberturas de los riesgos de los riesgos de invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad.

En mérito de lo expuesto el **JUZGADO NOVENO (9º) CIVIL DEL CIRCUITO**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley:

RESUELVE:

Primero: **REVOCAR** la sentencia de doce (12) de abril de dos mil veintiuno (2021) dictada por la Superintendencia Financiera dentro del Proceso Declarativo de Protección al Consumidor de **JOSÉ MIGUEL PALMERA GUASCA** contra **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, En su lugar se dispone, **NEGAR** por las consideraciones expuestas en esta determinación, las pretensiones de la demanda en su integridad.

Segundo: **CONDENAR** en costas a la parte actora, incluyendo como agencias en derecho, de la segunda instancia, la suma de CINCO MILLONES DE PESOS M/C(\$5.000.000.00). Líquidense por secretaría del a quo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,
LUISA MYRIAM LIZARAZO RICAURTE
Juez

Firmado Por:
Luisa Myriam Lizarazo Ricaurte
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 009
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **c550e9be9e249d34a097799a49cccc2d67f2a2927b5ca2c91e3cdd6d228adbb8**

Documento generado en 21/03/2023 08:03:31 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

³ “...Este seguro no cubre la invalidez o pérdidas de capacidad laboral que sean consecuencia directa o indirecta, en todo o en parte, de patologías osteomusculares o de trastornos mentales cuyo origen sea determinado como común”....”