

Honorables Magistrados

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI

Magistrado Sustanciador Dr. Flavio Eduardo Córdoba Fuertes

E. S. D.

Referencia: Proceso Declarativo Verbal promovido por CARLOS ALBERTO SEGURA ZAPATA, ALBA LUDIVIA LÓPEZ DE SEGURA y GLORIA ELENA VICTORIA MEJÍA contra METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. Rad. No. 2019-00189-00 (760013103019-2019-00189-00).

-SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN-

Quien suscribe, **MANUEL ANTONIO GARCÍA GIRALDO**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía 81.741.388 expedida en Fusagasugá (Cundinamarca), abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional 191.849 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de Apoderado General con Funciones de Representación Judicial y Extrajudicial de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** -en adelante 'METLIFE'-, calidad que acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que obra ya en el plenario, encontrándome dentro del término legal, en atención a ordenado mediante el auto de fecha 21 de octubre de 2021, notificado por estado del 22 del mismo mes y anualidad, procedo a **sustentar y ampliar los reparos formulados** en contra de la sentencia de primera instancia de fecha 18 de agosto de 2021, proferida por el Juzgado 19 Civil del Circuito de Cali, con base a las siguientes consideraciones:

I. LA SENTENCIA IMPUGNADA Y EL ALCANCE DE LA IMPUGNACIÓN

El objeto del presente litigio gira en derredor a establecer si en el caso concreto es, procedente o no, derivar la exigibilidad del compromiso indemnizatorio de METLIFE con motivo del lamentable deceso del asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) que se produjo en el accidente de tránsito ocurrido el pasado 24 de septiembre de 2017 mientras el occiso conducía un vehículo tipo camión, tomando en consideración las condiciones *particulares y generales* que rigen

la póliza vida grupo expedida por mi representada y, en especial, las circunstancias de *exclusión* o de ausencia de cobertura pactadas o, en todo caso, a las cuales se adhirió el asegurado a su momento de ingresar a la póliza.

La sentenciadora de primer grado estimó que la exclusión de “actividades de alto riesgo”, entre ellas, la concerniente a la conducción de vehículos de transporte público (entre ellos, camiones) debía entenderse “ineficaz de pleno derecho” y, en consecuencia, se tuvo por no escrita al no estar contemplada expresamente en la “primera página de la póliza”, conforme a la exigencia contemplada por el numeral 2º, literal c) del art. 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -EOSF-.

En consecuencia, condenó a METLIFE al reconocimiento y pago de las sumas aseguradas correspondientes a los amparos de “muerte accidental” y “muerte por cualquier causa”, cuyo valor asciende a \$120.000.000 -en las proporciones correspondientes a cada uno de los beneficiarios demandantes- junto con el pago de intereses moratorios a partir de la “fecha de la reclamación”, esto es, del 03 de enero de 2018 hasta el momento en que se verifique su pago total. Adicionalmente, impuso condena en costas por concepto de agencias en derecho a la aseguradora demandada.

El suscrito apoderado interpuso el recurso de apelación y formuló los reparos concretos frente a dicha resolución judicial en el curso de la misma audiencia, por consiguiente, en los acápites subsiguientes del presente memorial procederé a ampliar los fundamentos y argumentos de los reparos presentados en contra de la sentencia impugnada.

Bajo este entendido, procederé a esbozar las razones por las cuales, las circunstancias en que se produjo del lamentable deceso del asegurado corresponden a la realización de dicha exclusión, por lo tanto, las circunstancias en que se produjo la muerte – bien sean se causa o consecuencia- carecerían de cobertura por parte de la Póliza y, en consecuencia, deviene la inexigibilidad de cualquier obligación a cargo de METLIFE.

Una vez sea dilucidado dicho aspecto, y guardando coherencia con la fijación del objeto del litigio, los motivos de inconformidad en contra de la resolución

impugnada se encuentran orientados, en primer término, a señalar que la cláusula de exclusión está llamada a producir plenos efectos.

Sin perder de vista lo anterior, pondremos de relieve al H. Tribunal que el asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.), a pesar de desarrollar una profesión u oficio consideradas como “riesgosas” (conductor de vehículo tipo camión de servicio público) incurrió en declaraciones inexactas (contrarias a la realidad) y reticentes (silencio omisivo) que aparejan la nulidad relativa del contrato de seguro, según lo prevé el art. 1058 del C. de Co., razón por la cual, dicho negocio jurídico no estaría llamado a surtir efectos finales.

Aunado a lo anterior, si el H. Tribunal, estimase improcedente la aplicación del régimen mercantil de *nulidad relativa o anulabilidad* del contrato de seguro, sería procedente dar aplicación a las normas generales previstas por el Código Civil, en lo que respecta, al *dolo incidental* y, bajo esa premisa, concluir que las declaraciones inexactas y/o reticentes que incurrió el asegurado tienen la virtualidad de viciar el contrato de seguro, dado que el *dolo* unilateral [por parte del asegurado] no debería habilitarlo para pretender un beneficio contrario a la ley.

Por último, exponremos las razones, por las cuales, no sería procedente, en todo caso, imponer a cargo de METLIFE una condena por intereses de mora en la forma ordenada por la juzgadora de primer grado.

II. AMPLIACIÓN DE LOS REPAROS FORMULADOS EN CONTRA DE LA SENTENCIA IMPUGNADA

A. Inexigibilidad de la obligación indemnizatoria a cargo de METLIFE por ausencia de cobertura: las circunstancias en que se produjo el fallecimiento del asegurado, así como el oficio por él desempeñado corresponden a la realización de *exclusiones* previstas por la póliza.

Contrario a lo señalado por la juzgadora de primer grado, los supuestos fácticos que originan el reclamo elevado por el extremo demandante corresponden a la materialización de una exclusión, prevista en las Condiciones Generales y

Particulares aplicables a los amparos de la póliza, entre ellos: “muerte accidental” y “muerte por cualquier causa”.

Desde la solicitud de seguro se advirtió al señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) que el [proyectado] contrato de seguro no otorgaría su cobertura respecto de determinadas actividades, profesiones u oficios catalogadas como “riesgosas” por el asegurador METLIFE, entre ellas, conducir vehículos de servicio público y camiones.

Conforme con las pruebas que obran en el plenario, en especial, el Informe Policial de Accidentes de Tránsito (IPAT) levantado el pasado 24 de septiembre de 2017, es factible colegir que el señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) falleció mientras conducía un vehículo automotor de transporte público tipo camión.

En refuerzo de lo anterior, en el curso de la audiencia inicial adelantada el pasado 18 de agosto la presente anualidad, una de las demandantes *confesó* que el señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) desempeñaba en vida el oficio de conducir vehículos tipo camión y que su deceso se produjo mientras desempeñaba dicha actividad.

De este modo, las circunstancias en que se produjo el fallecimiento del asegurado no corresponden, en estricto rigor, a la realización del riesgo asegurado conforme a lo preceptuado por el art. 1072 del C. de Co., dado que corresponden a situaciones huérfanas de cobertura.

Adicionalmente, tomando en consideración que la obligación indemnizatoria del asegurador es condicional, contrario al sentir de la juzgadora de primer grado, resulta pertinente evocar lo preceptuado por los arts. 1540 y 1541 del C.C. que, respectivamente, contemplan: “las condiciones deben cumplirse literalmente en la forma convenida” y “no puede exigirse el cumplimiento de la obligación condicional sino verificada la condición totalmente”.

Por consiguiente, si la obligación condicional del asegurador que define la ley como uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, consiste en cumplir la prestación indemnizatoria cuando para el asegurado (o los beneficiarios)

sobrevenga la necesidad de afrontar las consecuencias de un riesgo cubierto en la póliza, es evidente que la misma se halla supeditada a la realización de un evento dañoso previsto en el contrato y cubierto por sus cláusulas, requisito este cuya cabal satisfacción implica la verificación de un hecho que se encuadre dentro de la naturaleza preestablecida de los amparos otorgados, que recaiga asimismo sobre el interés asegurado y se adapte a los límites causales, espaciales y temporales pactados.

En contravía con lo expuesto, no existe duda alguna en torno a que el deceso del asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) se produjo mientras desarrollaba un oficio catalogado de “riesgo” (conducción de camión), razón por la cual, el marco fáctico del presente reclamo se encuadra dentro de la causal de exclusión, razón por la cual, no deriva la exigibilidad de la obligación condicional de METLIFE y, por ende, la sentencia recurrida debe ser revocada.

En este orden de la exposición, es factible colegir que las circunstancias fácticas en que se produjo su lamentable deceso corresponden a la realización un evento que carece de cobertura a la luz de la póliza materia de la presente controversia, razón por la cual, la referida causal de objeción [y todo motivo de excepción] puede ser opuesta por METLIFE a los beneficiarios demandantes, a la luz de lo preceptuado por el artículo 1044 del Código de Comercio que, sobre el particular, prevé:

“Salvo estipulación en contrario, el asegurador podrá oponer al beneficiario las excepciones que hubiere podido alegar contra el tomador o el asegurado, en caso de ser éstos distintos de aquél, y al asegurado las que hubiere podido alegar contra el tomador.”

De acuerdo con lo expuesto, contrario a lo señalado por la providencia recurrida, la profesión u oficio del asegurado, así como las circunstancias en que se produjo su deceso -sean su causa o consecuencia- carecen de cobertura de cara a la póliza expedida por METLIFE.

Por consiguiente, los motivos de objeción esbozados por METLIFE fueron oportunos, serios y fundados, por ello, la sentencia impugnada debe ser revocada en su integridad y, en su lugar, desestimar las súplicas de la demanda.

B. Eficacia y validez de la exclusión de actividades de alto riesgo aplicable a la Póliza objeto de litigio.

Resulta pertinente comenzar por advertir que las partes coinciden en la existencia del contrato de seguro documentado en la póliza, así como del alcance de sus coberturas y *exclusiones*.

No obstante, los demandantes han puesto en cuestionamiento -y así también lo hizo la sentencia de primer grado- la circunstancia constitutiva de ‘ausencia de cobertura’ o ‘exclusión’ prevista tanto en las condiciones particulares de la póliza (advertidas desde la solicitud de seguro diligenciada y suscrita por el asegurado) y en las condiciones generales o ‘clausulado general’, guarde correspondencia con la observancia de los requisitos formales exigidos, por cuanto, se pone de presente en las consideraciones de la resolución judicial impugnada, “no se encuentra plasmada en la “primera página de la póliza”.

Frente a ello, la sentencia recurrida edifica su argumento en torno a que el numeral 2 del Artículo 184 del Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), establece los requisitos que deben observar las pólizas que expidan las compañías de seguros, así:

“2. Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

“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 de 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 primer página de la póliza (...)”

Pese a lo expuesto, discrepo respetuosamente de la posición adoptada por la Jueza de primera instancia, debido a que la interpretación y aplicación por ella prohijadas en torno a la norma en cita, resultan abiertamente desproporcionadas, y no guardan fiel correspondencia con las estipulaciones contractuales que rigen la Póliza -y a las cuales se adhirió expresamente el asegurado-, muy por el contrario, se desnaturaliza la esencia de la póliza, sus coberturas y el equilibrio técnico que debe existir entre los riesgos asumidos por el asegurados en comparación con la prima pactada, entre otros puntos, que serán esbozados con rigor a lo largo de los acápites subsiguientes.

Seguidamente me ocuparé de precisar que los hechos que sirven de sustrato a las pretensiones de la demanda carecen de cobertura por parte de la póliza por cuanto las estipulaciones contractuales (cláusulas de exclusión) debían ser aplicadas al presente caso al encontrarse dotadas de validez y eficacia y, por esa vía, contrario a lo prohijado por la sentencia de primer grado, debían ser desestimadas las súplicas de la demanda.

1. La sentencia de primera instancia desconoció el carácter *consensual* del contrato de seguro.

En primer lugar, téngase presente que el requisito indicado fue derogado en forma tácita por la expedición y entrada en vigencia de la Ley 389 de 1997 que, entre otros aspectos, contempló la “consensualidad” de este tipo de contratos (seguro).

Por lo demás, el propósito legislativo pretendido, en su momento por la Ley 45 de 1990 y su posterior incorporación del num. 2º del art. 184 del EOSF, consistente en informar sobre la misma [y sus condiciones contractuales] al asegurado se cumplió estrictamente en el caso que nos ocupa, por cuanto quedó probado en el proceso que el señor JULIÁN ANDRÉS LÓPEZ SEGURA (Q.E.P.D.), tuvo pleno conocimiento de la circunstancia constitutiva de ausencia de cobertura o *exclusión particular*, inclusive, desde la etapa precontractual cuando diligenció y suscribió la respectiva solicitud de seguro.

Con el fin de resolver la disputa planteada en sede del recurso de apelación, debemos partir del supuesto, conforme al cual, a partir de la entrada en vigencia de

la Ley 389 de 1997, el contrato de seguro ostenta la característica de ser *consensual*, dejándose atrás la solemnidad que antes lo regía.

Por virtud de la reforma legislativa introducida en 1997, el contrato de seguro nace a la vida jurídica en virtud del intercambio de consentimientos (voluntades) de las partes que intervienen en su celebración y, únicamente para efectos probatorios, las partes pueden acudir a la confesión o a la prueba documental (póliza contentiva del contrato), de conformidad con lo preceptuado por los arts. 1036 y 1046 del C. de Co. -subrogados, respectivamente, por los arts. 1º y 3º de la Ley 389 de 1997-.

1.1 La sentencia de primera instancia desconoció abiertamente la prueba de existencia del contrato de seguro y los términos contractuales que la rigen, entre ellas, la documental (póliza) y la confesión.

Esclarecido lo concerniente a la naturaleza *consensual* del contrato de seguro y que, únicamente para efectos probatorios, puede acudirse a los medios de prueba documental o confesión, me corresponde señalar que los términos contractuales que rigen la póliza -entre ellas las exclusiones *particulares y generales* aplicables a la póliza, eran puntos del litigio que no ameritaban ninguna discusión, muy por el contrario, fueron plenamente acreditados en la primera instancia a través de los medios de prueba recaudados en el plenario, a saber:

1.2 La prueba de confesión recaudada en el curso del proceso determinó no sólo la existencia del contrato de seguro sino también las condiciones *particulares y generales* que fueron acordadas desde el inicio, entre ellas, las exclusiones.

Mediante confesión judicial espontánea por parte de METLIFE -a través de su apoderado- al contestar como ciertos los hechos concernientes a la existencia de la póliza -así como sus términos contractuales- y en desarrollo de interrogatorio de parte rendido por el representante legal de dicha sociedad aseguradora en el curso de la audiencia inicial celebrada el pasado 18 de agosto de 2021, existe *confesión expresa* en torno a la existencia del contrato de seguro, sus amparos, exclusiones, condiciones de pago de la prima, condiciones (generales y particulares) que le eran aplicables, entre otros.

De esta forma, en tratándose de la *confesión*, se colige que, conforme a las declaraciones rendidas por METLIFE, las partes iniciales del contrato de seguro llegaron a un entendimiento respecto de las estipulaciones contractuales que hacen parte del contrato de seguro, entre ellas, los alcances de los amparos de “muerte accidental” y “muerte por cualquier causa” y, en consecuencia, los de las exclusiones *generales y particulares* pactadas (o a las que se adhirió el asegurado).

Por consiguiente, las declaraciones rendidas por METLIFE -amén de ser coincidentes con la prueba documental que obra en el plenario- demostraron la existencia del negocio jurídico aseguratorio y, en forma prolija, las estipulaciones que lo disciplinan, otorgándole validez (y eficacia) a lo acordado sobre los riesgos amparados y las exclusiones estipuladas.

Expresado de otra forma, entendido está que el contrato de seguro es de naturaleza *consensual* y, por tanto, si está desprovisto de la forma escrita, ello no le restaría ninguna validez a los elementos esenciales que lo conforman (riesgo e interés asegurables, prima o precio del seguro y obligación condicional del asegurador) ni mucho menos al acuerdo logrado por las partes en torno a los amparos y, por consiguiente, las exclusiones a ellos aplicables.

Siendo ello así, los contratos de seguros así perfeccionados son válidos y, por lo tanto, estarían llamados a producir efectos finales, razón por la cual, se “*desvirtúa la causal de ineficacia precita en el No 2 del Artículo 184 del E.O.S.F.*”, conforme a la tesis prohijada por un pronunciamiento arbitral en el cual se abordó el tema en cuestión.¹

Con todo, mal podría desconocerse que la intención del legislador al prever ese evento de ineficacia no era otra que la parte asegurada recibiese información clara, suficiente y oportuna sobre el ámbito del amparo se verificaría si las partes del contrato *confiesan* el riesgo trasladado al asegurado y las exclusiones que constituyen

¹ Laudo arbitral de fecha 15 de marzo de 2006 en el marco del Tribunal de Arbitraje constituido para dirimir controversias entre Club El Nogal y Chubb Seguros de Colombia S.A. y Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A. Árbitros: Jorge Suescún Melo, Humberto De La Calle Lombana y Rafael Romero Sierra. Secretario: Diego Fernando Morales.

excepción a la cobertura del seguro, ello significa que este conoció a plenitud del alcance del seguro.

1.3 En todo caso, es factible que las estipulaciones *particulares* (“*exclusiones particulares*”) se encuentren vertidos en los diferentes documentos que la conforman, tal como ocurrió en el caso bajo estudio.

La póliza, o mejor, la escritura contentiva del contrato, se encontraba integrado por varios documentos que hacen parte de una *unidad conceptual y jurídica*, esto es: la solicitud de seguro, certificado individual de seguro, las condiciones particulares, así como las condiciones generales aplicables a la misma.

Ello se hace patente en la medida en que las condiciones (contractuales) mínimas de la póliza de seguro descritas en el art. 1047 del C. de Co., pueden estar vertidos en distintos documentos, entre ellas, las “demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”, dentro de las cuales se encuentran precisamente las cláusulas de *exclusión*.

Adicionalmente, en contravía de lo señalado por la sentencia impugnada, la solicitud de seguro forma parte integrante de la Póliza, de conformidad con lo preceptuado por el art. 1048 del C. de Co. que, a saber, prescribe:

“Documentos adicionales que hacen parte de la póliza. Hacen parte de la póliza:

- 1) La solicitud de seguro firmada por el tomador, y
- 2) Los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.”

De esta forma, pese a que el contrato de seguro es de naturaleza *consensual*, en la póliza expedida por METLIFE se documentaron con detalle las condiciones mínimas previstas por la ley, a tal punto que fueron prolijas en establecer con detalle, desde la solicitud de seguro, que no se otorgaría cobertura a los asegurados cuya profesión o oficio [fuente principal de ingreso] se derive de ciertas profesiones catalogadas como *riesgosas* por la compañía de seguros que represento, en el marco de su autonomía para delimitar contractualmente los riesgos asegurados.

De esta manera, la póliza fue el reflejo del acuerdo de voluntades alcanzado por las partes [o a los términos a que se adhirió el asegurado al momento de su celebración], razón por la cual, sus estipulaciones particulares han de ser observadas estrictamente en la medida que constituyen “ley para las partes” que concurrieron para su celebración, incluyendo al asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.)

Por consiguiente, la causal de exclusión invocada por METLIFE correspondía una *exclusión particular* y, por ser una estipulación ‘particular’, la misma podría estar comprendida en la póliza o, en cualquiera de los documentos que forman parte de ella, entre estos, la solicitud de seguro.

2. El propósito de informar al asegurado en torno a los amparos, exclusiones particulares y demás términos de la póliza se cumplió por parte de METLIFE, a tal punto, que este dispensó su aceptación expresa e incondicional a través del diligenciamiento y firma de la solicitud de seguro.

Nótese que en la Solicitud de Seguro se le advirtió expresamente al señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) que el [proyectado] contrato de seguro no otorgaría cobertura respecto de determinadas actividades calificadas como riesgosas por METLIFE, en los siguientes términos:

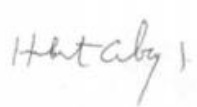
Entiendo y acepto que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación, ni enfermedades graves (Cáncer, Infarto, Evento Cerebrovascular, Insuficiencia Renal y By-Pass), diagnosticadas durante el periodo de carencia de 90 días

No tendrán cobertura los asegurados cuya fuente principal de ingreso se derive de algunas de las profesiones descritas a continuación:

Deportistas profesionales, mineros, farmacéutas, pilotos y auxiliares de vuelo, trabajadores en plataformas de extracción off-shore, bomberos, personas que manejen materiales explosivos, conductores de servicio público, camiones o motos, procesamiento de animales para comercialización, limpieza de vidrios o servicios de aseo industrial, centros de relajación (spa) o gimnasios, plantas nucleares o de productos químicos, políticos, personas que conformen grupos religiosos de manera activa, policías o militares activos y en retiro, guarda espaldas, miembros de organismos de seguridad o inteligencia públicos o privados, periodistas vinculados a medios de comunicación, personal vinculado a la rama judicial u organismos de control del poder público, la agricultura o ganadería y en general, aquellas personas que desempeñan actividades de alto riesgo.

Tal como se precisó, por expreso mandato legal del art. 1048 del C. de Co., la póliza se encuentra integrada, a saber, por: a) la solicitud de seguro firmada por el tomador, y; b) los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

Por lo demás, el asentimiento del señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) respecto de los términos de las condiciones particulares vertidas en las condiciones particulares de la solicitud de seguro fueron aceptados por el asegurado en vida, tal como se corrobora con la firma de dicho documento. Veamos:

Código del vendedor:	17144			
Nombre del vendedor:	ESTIBEN ROLDAN			
				
				
FIRMA COMPAÑÍA	FIRMA TOMADOR	FIRMA TARJETAHABIENTE	FIRMA ASEGURADO	HUELLA ASEGURADO

Valga anotar que la solicitud de seguro debidamente suscrita con la firma y con la imposición de huella por parte del asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.), no fue tachada por falsedad alguna, razón por la cual, el contenido de la prueba documental vertida en la solicitud de seguro es auténtica y, adicionalmente,

estaría llamada a surtir efectos, en la medida en que es ley para las partes y, por tanto, de obligatoria observancia para ellas.

En ese orden de ideas, estando acreditada la existencia de la póliza, así como las estipulaciones contractuales en ella vertidas, resulta abiertamente contradictorio que la sentencia de primer grado hubiera concluido que no era procedente aplicar las reglas contractuales que regían el contrato de seguro desde su inicio habían sido consistentes en *no otorgar cobertura a ciertas actividades riesgosas*, entre ellas la conducción de vehículos de servicio público, entre ellos, camiones.

Retomando lo manifestado en párrafos precedentes, es del caso concluir que el objetivo perseguido por la Ley 45 de 1990 en lo que respecta a la protección del consumidor de seguros en lo que respecta a la información sobre los alcances de las coberturas y *exclusiones*, dicho cometido se cumplió. Es decir, desde los albores de la etapa de formación del contrato se advirtió “expresamente y por escrito” al señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) que la póliza a la cual deseaba ingresar como asegurado no otorgaba cobertura a ciertas actividades calificadas como de alto riesgo, entre ellas, el oficio de conductor de vehículos de servicio público (tipo camión) que este desempeñaba en vida.

Razón por la cual, la firma y huella impresas por el señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) en la solicitud de seguro arriba descrita, constituyen prueba irrefutable en torno al conocimiento (y aceptación) de la cobertura dispensada por la póliza y las restricciones de su ámbito merced a las *exclusiones* que la rigen.

En refuerzo de lo expuesto, habiendo conocido de tiempo atrás la existencia de las *exclusiones* citadas, con suficiente antelación a la fecha en que se produjere cualquier otro siniestro (vgr. como el de incapacidad total y permanente y los auxilios por hospitalización, entre otros), el asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) jamás manifestó malestar o reparo alguno por figurar en ellas como ausentes de cobertura a la profesión u oficio de conducir camiones, así como tampoco hizo lo propio si es que a su juicio no eran de fácil comprensión en cuanto a su sentido y alcance. De este modo, es preciso cerrarle el paso a que por cuenta de una aplicación aislada del art. 44 num. 3 de la Ley 45 de 1990 y de las que le son

concordantes y consecuentes, se justifique la inobservancia de las cargas de diligencia, sagacidad, buena fe que le correspondía atender al asegurado al momento de ingresar a la póliza.

En esa medida, no le era viable a la sentenciadora de primer grado restarle eficacia a la citada cláusula de exclusión, dado que el deber de poner en conocimiento los términos contractuales se cumplió a cabalidad y mal podría trasladarse alguna consecuencia adversa al asegurador en ese sentido.

3. El contenido del negocio jurídico (incluyendo las *exclusiones*) se integra con las condiciones generales que hayan sido depositadas por el asegurador.

Partiendo de la premisa que la consensualidad que rige el contrato de seguro, a partir de la reforma legislativa introducida por la Ley 389 de 1997, implica que dicho negocio jurídico nace a la vida jurídica por el simple intercambio de consentimientos entre el asegurador y el tomador (o, mejor, la parte asegurada), en torno a sus elementos esenciales. De ello, se colige que el referido contrato, así como las estipulaciones podrían quedar incorporados en un documento, razón por la cual, en estos eventos surgirá necesariamente la inquietud concerniente a cuál debe ser el alcance de las cláusulas contractuales que lo rigen -entre ellas, las exclusiones aplicables- cuando no existe póliza o, existiendo ella, no aparecen consignadas expresamente en su texto.

Previendo las implicaciones que podría acarrear la consensualidad en punto tocante a este aspecto, el art. 2º de la Ley 389 de 1997 subrogó el art. 1047 del C. de Co. y, en esa medida, incluyó un párrafo en los siguientes términos: *“En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo.”*

A propósito de lo anterior, el profesor Andrés Ordóñez comentaba que, incluso, en las hipótesis en que el asegurador no haya dado cumplimiento de depositar las condiciones generales en la forma prevista por la ley, circunstancia que, si bien no se predica en el caso que nos ocupa frente a METLIFE, en todo caso, no daría lugar

a dejar sin efecto las estipulaciones que rigen el contrato, entre ellas, las exclusiones aplicables, en la medida en que el contenido del contrato se integraría por el sistema de fuentes del derecho mercantil. En ese sentido, manifestaba el autor en cita:

“Naturalmente, puede existir el evento de que el asegurador no haya dado cumplimiento a su obligación de poner a disposición de la Superintendencia Bancaria el clausulado de la póliza modelo y en este caso habrá desde luego un problema adicional que debe ser solucionado. Desde luego, a falta de prueba de estipulaciones contractuales en torno a esas condiciones, tampoco será admisible que el tomador pretenda haber obteniendo un seguro a todo riesgo en todos los casos, pues podrá acudir para integrar el contenido del contrato a las costumbres comerciales locales o generales del país, o incluso a las internacionales, según el orden de prelación de las fuentes del derecho mercantil señaladas en los artículos 3º y siguientes del Código de Comercio.

El incumplimiento de la obligación del asegurador en un caso como este, comporta para el mismo, como es obvio, sanciones de tipo administrativo, pero desde el punto de vista de la disciplina privada del contrato de seguro **no puede significar ni imposibilidad de prueba de las condiciones generales o particulares del contrato para el tomador, ni presunción de un cubrimiento ilimitado en contra del asegurador.** En este caso, nuevamente, no tratándose de elementos esenciales del contrato, también considero que debe entenderse que el tomador del seguro está autorizado para probar por cualquier otro medio los alcances del cubrimiento, o como se indica en el párrafo anterior.”² (Destacado fuera del texto original).

Quiere decir lo anterior, que en los eventos en que *no aparezcan expresamente acordadas*, el tomador (o asegurado) no han quedado cubiertos frente a todos los riesgos -sin delimitación alguna-. En lo absoluto. De hecho, partiendo de la base que las *exclusiones* hacen parte de las condiciones del contrato, se colige que serán aplicables y oponibles a las partes del contrato [así como a los beneficiarios] aquellas

² ORDÓNEZ, Andrés Eloy. *Lecciones de derecho de seguros No. 1. Cuestiones generales y caracteres del contrato*. Ed. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 2001, pp. 54.

que hayan sido contempladas en las condiciones generales o clausulado general que hayan sido depositadas ante la Superintendencia Financiera de Colombia.

En esa medida, obsérvese cómo en el expediente obra el oficio emanado por la Superintendencia Financiera de Colombia, en atención al requerimiento impartido por el juzgador de primera instancia, en el cual, se precisó cuáles eran las diferentes condiciones generales de contratación -empleadas por METLIFE- en la suscripción y colocación de seguros vida grupo contributivos comercializados por dicha Compañía de Seguros.

Valga señalar que los clausulados allegados con la contestación de la demanda distinguidos con los códigos: 12/01/2015-1413-P-24-VGDM 001, MLVANDM022/0 - COL - ED01/2016, 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001³ coinciden, en contemplar, como circunstancias carentes de cobertura aseguraticia, las *exclusiones en razón de actividades riesgosas*. Veamos:

³ Estos clausulados generales o condiciones generales de contratación [que integran la póliza objeto de la controversia] fueron allegados por mi representada oportunamente dentro del término de traslado a través de los anexos que hacen parte del memorial intitulado “escrito de complementación a la contestación de la demanda y su subsanación presentado el 14 de enero de 2021.

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

4.1. DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, **CAMIONES** O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O

DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

4.2. POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CONDICIÓN PRIMERA

Actividades, oficios o profesiones restringidas para las personas que quieran ser parte del grupo asegurado

NO PODRÁN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, LAS PERSONAS QUE REALICEN LAS SIGUIENTES OCUPACIONES, PROFESIONES U OFICIOS HABITUALES: POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACEUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, TAXISTAS Y CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO,

CAMIONES O MOTOS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A UNO DE LOS SIGUIENTES CAMPOS: LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O EL PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

ESTE DOCUMENTO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

- 4.1. DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS,

Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

- 4.2. POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

- 4.1. DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS,

Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

- 4.2. POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

Los textos antes citados ponen de relieve que, dentro de las condiciones generales de contratación empleadas por METLIFE adscritos a la tipología de seguros de vida grupo -entre ellos, los tomados en su oportunidad por BANCO FALABELLA al cual se adhirió en su oportunidad el asegurado- la aseguradora demandada delimitó causalmente el alcance de las coberturas de “muerte por cualquier causa” y “muerte accidental”, sustrayendo de cobertura, los eventos en que el fallecimiento del

asegurado “haya sido realizado alguna de las siguientes actividades [“riesgosas”], entre ellas, la conducción de vehículos de servicio público (incluyendo camiones).

Así mismo, los términos de las condiciones atrás citadas fueron concordantes en señalar que los asegurados que desempeñaran determinadas profesiones u oficios, entre ellas, los conductores de camiones no serían objeto de cobertura.

En contravía de lo expuesto, la juzgadora de primera instancia, no sólo desconoció el carácter vinculante de dichos términos de contratación para las partes del contrato de seguro, su *oponibilidad* frente a los beneficiarios reclamantes, sino también el precepto normativo contemplado en el parágrafo del art. 1047 del C. de Co., introducido por la reforma legislativa de 1997, cuando en realidad, dicho apartado normativo halla correspondencia con la *consensualidad del contrato de seguro y estaría llamado a tener una aplicación preferente frente al art. 184 del EOSF, además por referirse a una norma especial y posterior*.

De este modo, la sentencia de instancia debe ser revocada y, en su lugar, con fundamento no sólo en las condiciones generales de contratación, la solicitud de seguro (debidamente suscrita y diligenciada en vida por el asegurado) y dando aplicación a lo preceptuado por el párrafo del art. 1047 del C. de Co., reconocer la validez, eficacia y oponibilidad de las circunstancias de *exclusión* antes referidas [al integrar los términos contractuales de la póliza] y, por esa vía desestimar las pretensiones de la demanda.

- 4. La exigencia del requisito formal concerniente a la descripción de las exclusiones en la “primera página de la póliza” o “a partir de ella” ha sido demarcado por la Superintendencia Financiera de Colombia, tomando en consideración la imposibilidad de contemplar los amparos y exclusiones a partir de la primera página.**

Con todo, la Superintendencia Financiera en reciente concepto⁴ se encargó de precisar el alcance del requisito formal antes aludido y, en esa medida, precisó:

⁴ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2019153273-007-000. Rad. 2019153273-007-000 del 2020-02-04 (se adjunta a este escrito con fines de consulta no probatorios).

"(...)

Se tiene entonces que una estipulación sobre los amparos y exclusiones de la póliza que cumpla también los requisitos de 'fácil comprensión', en caracteres tipográficos 'destacados' y 'fácilmente legibles', debe expresar con claridad, suficiencia y exactitud la extensión del riesgo asumido por el asegurador. Lo anterior se logra de dos maneras: con una descripción positiva en donde se defina el alcance de la protección contratada y, seguidamente, con una descripción negativa, sobre aquellos hechos o circunstancias excluidos en relación con el riesgo asegurado enunciado en la carátula.

Definida así la estructuración y el contenido de la póliza, es de advertir que el legislador no restringió la autonomía negocial de las compañías de seguros en relación con el número de amparos o exclusiones ni respecto de la extensión de su texto, de modo que para dilucidar el debido cumplimiento del requisito alusivo a que 'Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza', se debe apelar a la razón práctica y al propósito de la norma que, como se anotó, no es otro que el de garantizar que la información sobre los amparos que extiende el asegurador en el respectivo producto, así como las respectivas exclusiones, sea la 'primera' que conozca el tomador y/o asegurado, de suerte que le permita formarse una comprensión suficiente sobre la cobertura ofrecida.

Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor."

En vista de lo anterior, en los clausulados allegados con la contestación de la demanda distinguidos con los códigos: 12/01/2015-1413-P-24-VGDM 001, MLVANDM022/0 - COL - ED01/2016, 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001, cumplen la instrucción emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia y, a partir de sus respectivas primeras páginas, consagra con precisión, detalle, en forma destacada, clara los términos que rigen los **amparos y luego las exclusiones, en atención a la imposibilidad de incorporar todos estos conceptos en una sola página.**

5. Los términos de las condiciones generales no fueron objeto de reparo o glosa alguna por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, en su prenotada, calidad de entidad de inspección, vigilancia y control de la industria aseguradora.

METLIFE depositó en la Superintendencia Financiera de Colombia el modelo de póliza y anexos del ramo o ramos que explota, pues lo consignado en tales documentos se deben tener como condiciones del contrato en los casos en que no aparezca que hayan sido expresamente acordadas, según lo establece el parágrafo del art. 1047 del C. de Co., dando así cumplimiento a lo previsto por el num. 1 del art. 184 del EOSF, previamente a su utilización en la forma y con la antelación que determine con carácter general.

Ahora bien, dentro las funciones que desempeña la Superintendencia Financiera de Colombia en el marco de las labores de inspección, vigilancia y control que le han sido asignadas por la Constitución, la ley y los reglamentos, la facultad -y el correlativo deber- de efectuar observaciones, glosas o reparos a las condiciones generales de contratación que hayan sido depositadas por las entidades aseguradoras.

En esa medida, tanto el literal j) num. 3º del art. 326 del EOSF, así como la Circular Básica Jurídica, han otorgado facultades a la Superintendencia Financiera de Colombia, de *verificar en cualquier momento las pólizas y tarifas*, sin perjuicio, del *deber* que tiene dicha entidad de *autorizar las pólizas y tarifas*, con arreglo a la ley.

En esa medida, la Circular Básica Jurídica, en el capítulo II contentivo de “*disposiciones especiales aplicables a las entidades aseguradoras y reaseguradoras*” señala que corresponde a la referida entidad *evaluar que las pólizas y tarifas cumplan con los requisitos jurídicos y técnicos previstos en la ley*. En los siguientes términos:

“(…) 1.2.3.2. Evaluación de pólizas

Corresponde a la SFC **evaluar que las pólizas y tarifas que deban poner las entidades aseguradoras a disposición de esta Entidad cumplan con los requisitos jurídicos y técnicos previstos en la ley**. Con tal fin, en cualquier momento –incluso en las visitas de supervisión in-situ- puede formular las observaciones a las pólizas depositadas para que se adecuen a lo prescrito en la normatividad.

En los eventos en que se efectúen modificaciones a los modelos de las pólizas ya sea por orden de la SFC o por iniciativa de la entidad aseguradora, se debe remitir un nuevo ejemplar a fin de que éste repose en el depósito, indicando claramente la variación introducida y dejando expresa constancia en el sentido de que el producto no ha sido objeto de modificaciones adicionales a las enunciadas.” (Destacado fuera de texto).”

Como puede apreciarse, con arreglo a los deberes y facultades de la Superintendencia Financiera de Colombia, dicha entidad podía [y debía] efectuar alguna causal de *glosa, reparo, observación o solicitud de modificación* a las condiciones generales [de contratación] depositadas por METLIFE respecto del ramo de las pólizas vida grupo y, en especial, frente a las *exclusiones* allí enlistadas le correspondía a dicha autoridad de inspección, vigilancia y control impartir el respectivo requerimiento a la compañía de seguros que represento.

En contravía con lo anterior, en la actuación surtida en primera instancia, no se demostró que la Superintendencia Financiera de Colombia hubiese formulado algún requerimiento a METLIFE con el fin que adoptara las modificaciones necesarias a los clausulados atrás citados a efectos que se adecuara al cumplimiento de la normatividad, entre ellos, los requisitos de forma en que se fundamentó la sentencia de primer grado.

Nótese que del oficio remitido al expediente por parte de la Superintendencia, dicha entidad certificó que las condiciones generales [o clausulados generales] se encontraban depositadas ante dicha entidad y no se observó ningún reparo frente a las mismas en cuanto a su forma, así como a la observancia de los requisitos jurídicos y técnicos.

Ello quiere decir que las condiciones generales [que hacen parte de la póliza materia de este litigio] cumplen a cabalidad con los requisitos legales, razón por la cual, las causales de *exclusión* previstas en las cláusulas antes citadas, cumplen a cabalidad con los requisitos de forma y de fondo para cumplir los efectos finales y predicar su aplicación al caso bajo estudio.

De esta manera, no existiría ningún fundamento para que la conclusión [y único fundamento] del sentenciador de primer grado se mantenga incólume; ya que la misma parte del errado supuesto que la causal de exclusión es ineficaz, al no cumplir con la exigencia formal de no encontrarse expresamente consignada “en la primera página de la póliza” (“ni a partir” de ella), dado que la Superintendencia Financiera de Colombia avaló el depósito de dichas condiciones y, en todo caso, se abstuvo de efectuar cualquier tipo de reparo, glosa o solicitud de modificación a los clausulados que las contemplaban.

6. Con todo, la exclusión de actividades, oficios o profesiones *riesgosas* fueron contempladas expresamente en la “primera página” de las condiciones generales distinguidas con el código MLVANDM022/0 - COL - ED01/2016.

Sin desmedro de lo anterior, téngase presente que en el clausulado contentivo de las condiciones generales de contratación de METLIFE frente a las Póliza Vida Contributivo -y sin perder que las mismas fueron ratificadas como condición *particular*- contemplaron expresamente en su “primera página” dicha causal de exclusión.

En contraposición a lo señalado por la sentencia impugnada, en todo caso, el clausulado general aplicable a la póliza si es eficaz y, en esa medida, está llamada a producir efectos en lo que respecta a las exclusiones antes referidas y, por consiguiente, se ajustaría a los requisitos formales previstos por el art. 184 del EOSF y de la Circular Básica Jurídica. Veamos:



Condiciones Particulares Póliza de Vida Grupo Contributivo

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO Y A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA

Actividades, oficios o profesiones restringidas para las personas que quieran ser parte del grupo asegurado

NO PODRÁN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, LAS PERSONAS QUE REALICEN LAS SIGUIENTES OCUPACIONES, PROFESIONES U OFICIOS HABITUALES: POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACEUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, TAXISTAS Y CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO,

CAMIONES O MOTOS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A UNO DE LOS SIGUIENTES CAMPOS: LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O EL PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

ESTE DOCUMENTO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.

Hubert Abay 1.

7. La tesis del sentenciador de primer grado, en lo que respecta a declarar la ineficacia de la exclusión antes citada, contraría los presupuestos técnicos y jurídicos del contrato de seguro (y de la actividad aseguradora).

Desconoce el fallo impugnado que el desarrollo de la actividad aseguradora presupone la observancia de criterios técnicos que la hacen viable, entre los cuales, se encuentran los concernientes a las *tarifas* que sirven de base para establecer el monto de las primas (o precio del seguro) que constituirá la retribución del asegurador por la asunción de los riesgos asegurados.

En esa medida, el num. 3º del art. 184 del EOSF en sus literales a), b) y c) establece que la tarifas deben observar los principios técnicos de equidad y suficiencia, ser producto de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad y, adicionalmente, Ser el producto del respaldo de reaseguradores de reconocida solvencia técnica y financiera, en aquellos riesgos que por su naturaleza no resulte viable el cumplimiento de las exigencias contenidas en la letra anterior.

De esta manera, se observa que la prima pactada en el contrato de seguro (conforme consta en la solicitud de seguro) fue la consecuencia del empleo de los criterios técnicos atrás referidos y, en esa medida, tomando en consideración el *perfil de riesgo* establecido por la suscripción de METLIFE para las pólizas vida grupo no se contempló el aseguramiento de personas que desempeñaban actividades, profesiones u oficio, catalogados de riesgo.

En armonía con lo expuesto, la aplicación de criterios técnicos que informan la tarifa de los seguros de vida grupo reflejó la aplicación de una *prima* cuyo monto y términos de pago fueron establecidos de la siguiente forma:

FORMA DE PAGO:	TARJETA CMR - NO PRESC.	AUTORIZO A CARGAR A MI TARJETA	TARJETA CMR
TIPO DE TARJETA:	CREDITO	EL COSTO MENSUAL	\$33.990
FRANQUICIA:	TARJETA CMR	CONFORME AL PLAN CONTRATADO	12 cuotas
		CONTRATACIONES CON EL SIGUIENTE PLAN DE PAGOS.	POR AÑO DEL SEGURO, CORRESPONDIENTE A LA PÓLIZA DE VIDA O NUEVAS
PRIMA MENSUAL (ANTES DE IVA)	\$33.990	PRIMA ANUAL (ANTES DE IVA)	\$407.880
IVA PRIMA MENSUAL	\$0	IVA PRIMA ANUAL	\$0
PRIMA MENSUAL (IVA INCLUIDO):	\$33.990	PRIMA ANUAL (IVA INCLUIDO):	\$407.880
PRIMA BIENAL (ANTES DE IVA)	\$815.760	PRIMA BIENAL (IVA INCLUIDO):	\$815.760
NÚMERO DE TARJETA:	XXXXXXXXXXXX6615	TITULAR DE LA TARJETA:	JULIAN ANDRES SEGURA LOPEZ

Esto quiere decir que, de haber dispensado cobertura expresa a los asegurados que desarrollaran dichas actividades, hubiese recurrido la utilización de otras tarifas que sirvieran de fundamento para establecer el monto de la prima adecuada, suficiente, representativa y homogénea de cara a la naturaleza de dichos riesgos.

De este modo, el desconocimiento de las cláusulas de *exclusión* por parte del sentenciador de primer grado desconoce abiertamente los criterios técnicos y de suscripción empleados por METLIFE para el ramo de seguro comercializado a través de las pólizas vida grupo.

8. El [único] fundamento del fallo impugnado trae consigo graves contrariedades frente al consumidor de seguros en los eventos en que los amparos o coberturas no estuviesen contemplados en la “primera página de la póliza” [ni a partir de ella].

Sin perder de vista la línea argumentativa antes esbozada, la aplicación estricta y desmesurada del numeral 2 del Artículo 184 del Decreto 663 de 1993, en la forma en que lo hizo la Jueza de primera instancia, impondría concluir que aun las coberturas o amparos que se encuentren enlistados con posterioridad a “la primera página de la póliza” también estarían llamados a ser ineficaces, lo cual, resultaría aun en detrimento de los intereses de la parte asegurada y, en especial, del consumidor de seguros.

En esa medida, partiendo de la base que la suscripción de muchas pólizas de seguros que se comercializan en nuestro medio, son las denominadas “modulares”, esto es, dispensan cobertura frente a múltiples riesgos -con arreglo a los términos, amparos y exclusiones que delimitan cada uno de ellos-, razón por la cual, hacer extensiva la tesis prohijsada por la sentencia recurrida por aplicar en forma estricta e inconsulta la norma citada, conllevaría a que los amparos que no se encuentren descritos en la primera página de la póliza también se encontraran inmersos en *ineficacia*. Lo cual, resulta absurdo, desde el punto de vista de la teleología de protección al consumidor de seguros por parte de la Ley 45 de 1990.

9. La sentencia recurrida desconoció no sólo la facultad legal y contractual de METLIFE delimitar el riesgo asegurado y, de paso, el criterio de interpretación restrictiva del contrato de seguro.

Correlativamente, la sentencia impugnada desconoció abiertamente lo preceptuado por el art. 1056 del C. de Co. que, a saber, prescribe: *“Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”*

Ello quiere decir que, en contravía de la sentencia impugnada, METLIFE se encuentra facultada legal y contractualmente para establecer exclusiones y demás términos de cobertura a los riesgos por ella asumidos, por ende, mal podría alterarse el reglamento contractual vertido en la póliza y, desde ese punto, ampliar su ámbito a otras situaciones frente a las cuales el asegurador no dispensó cobertura expresa.

Sumado a lo anterior, no puede perderse de vista que el contenido del contrato de seguro es de interpretación restrictiva, conforme lo ha establecido en forma reiterada la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que al respecto ha señalado:

“(…) En efecto, tomando como punto de forzosa referencia los postulados básicos que acaban de señalarse, la doctrina jurisprudencial (G.J. T. CLXVI pág. 123) tiene definido de vieja data que en orden a impedir las nocivas tendencias, tanto de quienes reclaman con el propósito de procurar conseguir beneficios extraños al seguro contratado, lo que sin duda redundaría en menoscabo para la mutualidad de riesgos homogéneos creada, como de los aseguradores de exonerarse de responder desconociendo razonables expectativas que del contrato emergen para aquellos, este último debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (Arts. 1.048 a 1.050 del C de Com), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria. Dicho en otras palabras, el contrato de seguro

es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse ‘escritura contentiva del contrato’ (...)”⁵

Con fundamento en lo expuesto, la sentencia impugnada mutó los términos contractuales que fueron delimitados por el asegurador, desconociendo con ello no sólo la autonomía y facultad del asegurador para delimitar el riesgo asegurado sino, que por esa vía también, los principios técnicos que gobiernan el contrato de seguro, al obligar a METLIFE a asumir un riesgo que no fue asentido expresamente por esta última.

10. La aplicación desmedida del art. 184 del EOSF conllevaría a la imposibilidad física y jurídica de cumplir la descripción de sus amparos y exclusiones en la “primera página”.

En relación con el alcance del art. 184 del EOSF, en lo que concierne a la observancia de sus requisitos formales, la doctrina nacional ha tenido la oportunidad de pronunciarse en torno a los despropósitos que conllevaría su aplicación irrestricta, ciega e irreflexiva. A este respecto, el profesor Hernán Fabio López Blanco destaca:

“(…) En veces el exceso de celo en remediar ciertas malas prácticas de la actividad aseguradora lleva a situaciones extremas e ilógicas como sería ele vento de querer obligar a que necesariamente en la primera página de la póliza parezcan redactados los amparos básicos y todas las exclusiones, sea imposible hacerlo en la referida página, sin entrar en contradicción con la indicación que prohíbe los caracteres de fácil comprensión, de modo que deben entenderse que si así no sucede, en nada altera la esencia del contrato de seguro y bien puede, de ser necesario, figurar en páginas subsiguientes.”⁶

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 29 de enero de 1998, M.P. Carlos Esteban Jaramillo, expediente 4894. Valga anotar que la tesis jurisprudencial que se cita, ha sido objeto de reiteración en las providencias de fecha 1º de agosto de 2002 M.P. Jorge Santos Ballesteros,

⁶ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. *Comentarios al contrato de seguro*. Sexta edición. Bogotá, 2014 pp. 243

11. Con todo, las condiciones particulares del contrato de seguro (entre ellas las *exclusiones particulares*) no están sujetas a ningún requisito formal y pueden pactarse y documentarse en cualquier apartado de la póliza o de los documentos que la integran.

En subsidio de lo anterior, aun si se asumiera por parte del H. Tribunal que las condiciones generales de contratación de METLIFE a las que se aludió con anterioridad no se avienen al cumplimiento de los requisitos contemplados en el art. 184 del EOSF, entre ellas, figurar en caracteres legibles y destacados “en la primera página de la póliza” o “a partir de [ella]”, debe tomarse en consideración que las partes que concurren a la celebración del contrato de seguro pueden acordar *exclusiones particulares* cuya validez y eficacia no están sometidas a la observancia de ningún requisito formal.

No cabe duda que la *exclusión* de actividades u oficios riesgosos aplicable al marco fáctico en derredor del cual versa esta controversia, se encontraba contemplada desde la *solicitud de seguro* -que hace parte de la póliza- y, bajo este entendido, al corresponder a una estipulación contractual especial que, en todo caso, estaría ser llamada a ser aplicada con carácter preferente sobre las condiciones generales de contratación, se encuentra desprovista del cumplimiento de cualquier requisito formal que condicione su aplicabilidad al caso bajo examen.

12. La conclusión a la que se arriba tampoco se desdibujaría por la aplicación que se hiciere del art. 37 de la Ley 1480 de 2011.

Sin desmedro de las razones esbozadas con anterioridad, aun si el H. Tribunal aplicara lo previsto por el art. 37 de la Ley 1480 de 2011⁷ – Estatuto del Consumidor-

⁷ La norma en cita contempla, a saber: “Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.
2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.

, en todo caso, la exclusión particular vertida en la póliza objeto de esta disputa [e incorporada desde la solicitud de seguro] sería aplicable y, por consiguiente, oponible a los accionantes.

En efecto, aun si se diera alcance a los argumentos sostenidos por el ilustre apoderado de los demandantes en el curso de la primera instancia procesal, en el sentido que las condiciones generales de contratación o clausulados generales contentivos de las *exclusiones en ellas previstas* no fueron entregados, ni explicados con suficiente detalle, ni en forma previa o anticipada a la celebración del contrato de seguro, ello no mutaría la conclusión a que se arribó en el acápite precedente.

Sobre el particular, téngase presente que no existe duda que la *exclusión* de actividades riesgosas -entre ellas la conducción de camiones- estaba contemplada no sólo en las condiciones generales de contratación sino que, adicionalmente, correspondían a una *estipulación particular*. **Dicho de otro modo, la exclusión era de naturaleza particular, razón por la cual, no sólo estaba llamada a prevalecer sobre las condiciones generales sino que, adicionalmente, estaba desprovista de cualquier requisito formal cuya inobservancia derive en su ineficacia.**

Por el contrario, admitiendo que el alcance del art. 37 de la Ley 1480 de 2011 - Estatuto del Consumidor- sólo es aplicable a las condiciones generales de contratación, la *exclusión particular* no sería destinataria de su ámbito de aplicación y, por esa vía, mal podría restársele efectos finales a la multicitada cláusula contractual con la ligereza que lo hizo la sentencia impugnada.⁸

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

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

⁸ Sobre este punto, en un reciente estudio sobre la materia, el autor Daniel Vásquez concluyó: “Comencé este análisis presentando un caso que había sido abordado por la Corte Suprema de Justicia. La problemática giraba en torno a la interpretación de la regla que establece que ‘las exclusiones deben figurar en la primera página de la póliza o en forma continua a partir de la primera página de la póliza’ ‘so pena de ineficacia de la estipulación respectiva’.

13. La tesis prohijada por la resolución judicial impugnada ha sido adoptada de forma residual y aislada por parte de la jurisprudencia, en sede de la acción de tutela.

Rememorando lo actuado en el curso de la presente actuación procesal, el apoderado de la parte actora en la demanda, al descorrer las excepciones de mérito y en los alegatos de conclusión, trajo a colación un (1) pronunciamientos aislado de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en sede de *acción de tutela* de fechas 29 de enero de 2015 exp. STC514-2015, que aplicó la tesis que irreflexiva y apresuradamente acogió la sentenciadora de primer grado.

En efecto, el citado precedente se fundamentó en un error de interpretación y aplicación del art. 184 del EOSF, dado que inobservó que la *exclusión* no era de aquellas vertidas en las condiciones generales sino era de aquellas de naturaleza particular, razón por la cual, era llamada a conservar su eficacia.

Mi propósito era identificar qué debe entenderse por póliza, cuáles son las exclusiones que deben figurar en su primera página, y qué sucedía con las que no cumplían este requisito. El análisis permitió concluir que la regla está regulando las condiciones negociales generales del contrato de seguro y que consecuentemente aplica únicamente a las exclusiones generales, pudiendo las partes acordar exclusiones particulares cuya eficacia no está condicionada a ningún formalismo.

En cuanto a las exclusiones generales, esto es, las que no son particularmente negociadas, estas, para ser válidas, sí deben figurar en la primera página del clausulado o a partir de esta de forma continua. Adicionalmente, de acuerdo con la regla introducida por el Estatuto del Consumidor, deben ser puestas en conocimiento y explicadas a la tomadora antes del perfeccionamiento del contrato. Aquellas exclusiones generales que no cumplan con estos requisitos serán ineficaces. Pero para las demás exclusiones (esto es, las particulares) bastará con que sean efectivamente acordadas entre las partes antes del perfeccionamiento del contrato.

Lo anterior conlleva a que concluya que la decisión contenida en la sentencia de 29 de enero de 2015 de la Corte Suprema fue errada. El caso que tenía entre manos era uno de aquellos en los cuales la exclusión no estaba en las condiciones generales, sino por una exclusión acordada de manera particular por las partes y, por lo tanto, la regla aplicable no era la del art. 184.2 del EOSF, sino las reglas generales sobre el consentimiento y la formación de los contratos. Si la exclusión particular había sido pactada –como el anexo parece indicar que lo fue– era entonces válida y podía y debía ser tenida en cuenta en la resolución de la disputa contractual.” VÁSQUEZ VEGA, Daniel. *La carga de establecer las exclusiones del contrato de seguro en la primera página de la póliza*. Publicado en Rev. Ibero-Latinoam. Seguros, 15-38 (2020). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ris53.ceec>

Por lo demás, es sabido que los pronunciamientos proferidos en sede de la acción de tutela, sólo están llamadas a surtir *efectos inter partes*, debido a que por resolver disputas sobre derechos fundamentales, la necesidad de adoptar medidas en pro de restablecer su vulneración o puesta en peligro y, sobre todo, el marco excepcional de su procedencia (sobre todo, en ámbitos contractuales y aquellas impetradas contra providencias judiciales) no están llamadas a surtir efectos generales o *erga omnes*. De esta manera, resulta improcedente resolver el marco fáctico de la presente disputa con arreglo a las razones pro hijadas en sede de tutela.

Con todo, sin desconocer el marco de autonomía que la ley confiere al H. Tribunal, conviene señalar que el pronunciamiento de tutela al que se ha hecho alusión, ni siquiera constituye doctrina probable en los términos del art. 4º de la Ley 169 de 1896 -cuya vigencia perdura en el ordenamiento jurídico colombiano- por cuanto el precedente judicial debe analizarse en función de la doctrina probable, de manera que habrá precedente judicial cuando se expidan tres (3) decisiones uniformes del órgano de cierre.

Por lo demás, en múltiples oportunidades la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia y, a su turno, en distintos pronunciamientos arbitrales han sido consistentes en reconocer eficacia a las exclusiones previstas en los clausulados generales y en apartados diferentes a la primera página de la póliza.

C. Nulidad relativa del contrato de seguro.

En el evento en que el H. Tribunal no acceda a las razones invocadas en los acápites precedentes, en todo caso, la sentencia impugnada ha de ser revocada y, por esa vía, negar las pretensiones de la demanda, toda vez que el contrato de seguro materia de este litigio no está llamado a producir efectos por encontrarse inmerso en causal de nulidad relativa, conforme será ahondado a continuación.

1. La nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo en legislación nacional.

El régimen de nulidad relativa del contrato de seguro se encuentra contemplado en el artículo 1058 del C. de Co., y tiene como propósito, de una parte, salvaguardar la

pureza del consentimiento del asegurador en su condición de parte contractual, en lo que concierne a la real entidad del riesgo que pretende serle trasladado por el tomador del contrato de seguro, de esa forma garantiza que exista debida proporción entre la prima o precio del seguro y la entidad del riesgo, garantizando así el pilar del equilibrio técnico – económico que constituye el sustrato de la relación aseguraticia.

Así las cosas, el régimen de reticencias e inexactitudes del contrato de seguro y la consecuente declaración de nulidad relativa del contrato tiene una particular proyección en el negocio jurídico asegurativo al propender por el equilibrio entre la remuneración que percibe el asegurador de cara a la entidad verdadera del riesgo asegurado, permitiéndole decidir, en un caso concreto, si asume o no un determinado riesgo, en atención a los patrones técnicos y estadísticos respectivos, y de los criterios actuariales y matemáticos sobre los cuales se cimenta el establecimiento de la correspondiente prima.

La carga de declarar verazmente el estado del riesgo recae en la esfera de la parte asegurada, quien se encuentra en contacto permanente con el interés que se pretende asegurar, conoce con detalle las circunstancias en las que se desenvuelve y, por consiguiente, los riesgos que se ciernen sobre el mismo. En contraste, el Asegurador no se encuentra en capacidad de inspeccionar de manera previa a la celebración de todo contrato de seguro, los riesgos cuya traslación pretende hacerse efectiva, de ahí que la carga en comento tenga una particular proyección en el contrato de seguro, pues en ella la ubérrima buena fe en el campo negocial ocupa un rol preponderante, pues sobre ella se edifica la relación aseguraticia.

En suma, el régimen de nulidad relativa previsto para el contrato de seguro difiere al previsto por el Código Civil y, por consiguiente, el artículo 1058 del C. de Co. es la norma que debe ser aplicada en caso de presentarse inexactitud o reticencia por parte asegurada, eso sí causándose la correspondiente causación de prima a favor de METLIFE.

- 2. No es necesario que se predique una relación causal entre la declaración inexacta y/o reticente y el siniestro para que opere la declaración de nulidad del Contrato de Seguro.**

No debe perderse de vista que el régimen de nulidad relativa contemplado en el artículo 1058 del C. de Co., orientado como se ha visto a salvaguardar el equilibrio económico del Contrato de Seguro en lo tocante a la proporción que debe existir entre el riesgo y la prima, no demanda la existencia ni mucho menos la demostración de un nexo de causalidad entre la declaración anómala del tomador y el siniestro producido.

Sobre el particular, la Honorable Corte Constitucional mediante sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997 con ponencia del Doctor Jorge Arango Mejía, sostuvo:

“(…) En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: “Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como

algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato.” (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).”

3. En virtud de la proyección de la Buena Fe que irradia al contrato de seguro en su etapa preliminar o precontractual el asegurador no se encuentra obligado a inspeccionar en forma previa el riesgo que le pretende ser traslado por el futuro tomador.

Valga la pena anotar que en virtud del particular régimen normativo que orienta el desarrollo de la institución de la rescisión del Contrato de Seguro por la declaración inexacta y/o reticente en que incurra el candidato a tomador en la esfera contractual, la Corte Constitucional al examinar la exequibilidad del artículo 1058 del C. de Co., señaló enfáticamente que el Asegurador no se encuentra en la obligación de inspeccionar el estado del riesgo. En efecto, en la Sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997, en los siguientes términos:

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente

asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bona fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.

El régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe. Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que si el asegurador está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios. (...)”⁹

⁹ Corte Constitucional. Sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997 M.P. Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

4. **En todo caso, aun en el evento en que realice una inspección del estado del riesgo mediante la realización de los correspondientes exámenes médicos, dicha labor no exime al tomador de cumplir con la carga de declarar sincera y verazmente el estado del riesgo ni de los efectos nugatorios del Contrato de Seguro.**

En efecto, en tratándose de las circunstancias que rodean el estado del riesgo y, en particular, las condiciones del asegurado, en principio suponen necesaria e indefectiblemente, que el tomador sea la persona adecuada para declarar en forma idónea sobre sus antecedentes de salud.

De esta manera, aun en el evento en que el tomador haya sido sometido a la práctica de exámenes médicos por parte del Asegurador, dicha circunstancia *per se* no exonera a la parte asegurada de no incurrir en declaraciones inexactas y/o reticentes, por cuanto las labores, pesquisas y demás medios de indagación empleados por el Asegurador apenas constituyen un complemento frente a la información obtenida de primera mano por quien se encuentra en proximidad con el riesgo que pesa sobre su salud, vida o bienes.

Sobre el particular, la Honorable Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado:

“Así, admitiendo, sólo como hipótesis, que al asegurado basta atender estrictamente las preguntas de la declaración dirigida, en el caso presente la respuesta del asegurado a los datos inquiridos por el asegurador fue insuficiente, y en materia grave, pues cuando se vio compelido a responder sobre sus antecedentes de úlceras en el estómago, no podía dejar de informar que había sufrido una de ellas en el esófago, sin caer en desatención del principio de la buena fe. Dicho de otro modo, más allá de si el asegurado cumple con el deber de buena fe con sólo responder por aquello que se le indaga y nada más, en el caso que transita por la Corte el asegurado positivamente fue indagado por la enfermedad, el padecimiento de úlceras, sin que sea susceptible de equívocos la ubicación de esa patología, pues lo cierto es que sí la padeció.

No es entonces relevante el lugar de manifestación de la enfermedad, como lo entiende el censor, en particular porque la pregunta por úlceras del estómago concierne razonable y lógicamente la posible presencia de esa dolencia en las partes componentes o adyacentes al mismo. El principio de buena fe que debe presidir al comportamiento del asegurado queda maltrecho en grado sumo, cuando un asegurado pretende no sentirse preguntado en la encuesta acerca de úlceras antecedentes, si es que las ha tenido en el esófago y no en el estómago, como si la exigencia profesional que se le hace al asegurador por el casacionista, la de proveer un cuestionario técnico, pudiera llegar al extremo de tener que detallar minuciosamente la compleja anatomía humana y hacer exhaustiva mención de todas las patologías posibles.

En materia contractual la protección de quienes concurren al negocio jurídico requiere el máximo de transparencia posible, de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado.

Así las cosas, la reserva que rodea la información sobre los datos precisos de la salud del asegurado, hace que éste sea la fuente principal y privilegiada, circunstancia que incrementa en grado sumo el deber de obrar con buena fe. En síntesis, mientras que razonablemente es de esperar que sobre su salud el asegurado lo

sepa todo, o por lo menos la información más relevante, el asegurador todo lo ignora. Y si el asegurador buscara información en otro lugar, operarían mecanismos de bloqueo a los datos, veda justificada por el derecho a la intimidad.

Así las cosas -se insiste-, la fuente privilegiada -aunque no exclusiva- de conocimiento es el propio asegurado, porque autoriza el acceso a la historia clínica, permite el examen de su cuerpo o brinda los datos correspondientes, ya sea llenando una encuesta médica o a través de una entrevista con el galeno.

Esta especie de 'monopolio' del conocimiento que maneja el asegurado sobre el estado de su salud y los antecedentes médicos, viene a justificar aún más la imposición de un especial deber de conducta que le conmina a obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, lo cual le prohíbe callar información relevante que a su disposición se halla y que en condiciones normales no es asequible para el asegurador, pues no se brinda a cualquiera. Por todo ello, es reprochable la conducta del asegurado que se escuda en que calló un dato significativo porque sobre él no le indagaron, aunque, repítase, razonablemente una pregunta sobre úlceras en el estómago comprende razonablemente las del esófago.”¹⁰

5. La declaración del estado del riesgo con arreglo al formulario propuesto por el Asegurador.

La legislación mercantil parte del presupuesto, según el cual, la declaración en torno al estado del riesgo se efectúa en torno al cuestionario formulado por el asegurador, por consiguiente, limita el alcance de la inexactitud y/o reticencia a los interrogantes que ha planteado. Adicionalmente, la existencia del cuestionario alivia la carga de la prueba en torno a la modalidad culposa o dolosa de la declaración inexacta y/o reticente.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Casación Civil del 19 de diciembre de 2.005. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

Traducido lo anterior al caso que nos ocupa, se corrobora con los medios de prueba aportados con el presente escrito que mi representada formuló al asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.), el correspondiente cuestionario relativo a su estado de salud, según se comprueba con el certificado de seguro – Declaración de asegurabilidad- y el documento denominado “declaración personal de salud”, debidamente suscritos por el asegurado.

6. Análisis del caso concreto.

En subsidio de los medios exceptivos formulados con antelación, llamo poderosamente la atención del Despacho en el sentido que el señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) al diligenciar la respectiva solicitud de seguro incurrió en declaraciones reticentes e inexactas, razón por la cual, el contrato de seguro vertido en la póliza objeto de la presente controversia está inmerso en causal de nulidad relativa, toda vez que el asegurado desempeñaba actividades catalogadas de alto riesgo (conducción de vehículos de servicios público y camiones), pese a ello, no reportó dicha información pese a ser un punto contemplado en el cuestionario propuesto a instancia de METLIFE.

Lo anterior quedó plenamente demostrado en el curso de la primera instancia procesal, oportunidad en el cual una de las demandantes en la práctica de su interrogatorio *confesó expresamente que el asegurado se había dedicado durante toda la vida a desempeñar dichas actividades, de las cuales, además, derivaba su sustento.*

7. En virtud de la nulidad relativa del contrato de seguro, METLIFE se encuentra facultado legal y contractualmente a retener la totalidad de la prima a título de pena.

Con fundamento en lo expresado con anterioridad, los Contratos de Seguro instrumentados en la póliza vida grupo 2005694 Certificado 652 es **nulo** y, por consiguiente, a METLIFE no le asiste obligación indemnizatoria alguna en virtud del reclamo elevado por los presuntos beneficiarios del otrora asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.)

Ahora bien, como consecuencia de la rescisión del contrato por **nulidad relativa**, mi representada se encuentra facultada para retener la totalidad de la prima pagada a título de pena, según las voces del artículo 1059 del C. de Co., que a saber preceptúa: “[r]escindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.”

Por consiguiente, teniendo presente que en el caso *sub examine* se encuentran debidamente acreditados los fundamentos fácticos y jurídicos de la declaratoria de nulidad relativa a instancia del Juez debe declararse que mi representada no se encuentra obligada a devolver las primas pagadas, toda vez que por virtud del precepto normativo antes citado METLIFE se encuentra facultada legalmente para retener la totalidad de la prima a título de pena.

8. En el caso *sub examine* no es procedente la “compensación” o “subsanción” del *dolo* del asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) con la eventual *culpa* a cargo de METLIFE en torno al conocimiento del estado del riesgo.

En subsidio de los medios exceptivos formulados con anterioridad, no puede echarse de menos que a lo largo del escrito introductor del presente litigio, el actor pretende lograr a ultranza la efectividad del compromiso indemnizatorio a cargo de mi poderdante- a sabiendas que el contrato de seguro se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa, razón por la cual, no debe perderse de perspectiva que la carga del tomador de declarar sincera y verazmente el estado del riesgo, se encuentra presente en todo el proceso previo a la formalización del contrato, conforme se deduce del artículo 1058 del C. de Co., ya examinado.

En ese orden de ideas, teniendo en cuenta que se encuentra cabalmente demostrada la existencia de declaraciones reticentes e inexactas conscientes del asegurado, es factible colegir que la omisión del deber de declarar sinceramente el estado del riesgo fue intencional y consecuencialmente dolosa, sobre circunstancias que resultaba, dada la naturaleza del seguro de vida, no sólo relevante respecto del estado del riesgo sino que determinaba necesariamente la ocurrencia del siniestro apenas celebrado el contrato.

De esta manera surge el siguiente interrogante, ¿puede excusarse ese dolo evidente del señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) con la culpa del asegurador, incluso en el evento que ésta última exista? Frente a ello, considero la respuesta al presente interrogante es negativa, conforme procedo a explicar en líneas subsiguientes.

Al respecto, resulta oportuno para los fines del presente litigio el alcance delimitar del conocimiento presuntivo a cargo del Asegurador previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, en torno a las circunstancias que rodean el estado del riesgo que *“deben ser conocidas por el asegurador”*, con el fin de establecer si es procedente o no subsanar los efectos de la declaración judicial de nulidad relativa, en los casos en que el Asegurador pudo conocer el estado del riesgo que le pretendía ser trasladado, de haberse desplegado las labores de inspección previa del riesgo o, inclusive, la realización de los correspondiente exámenes médicos, entre otras.

En este sentido, llamo la atención del Despacho en el sentido que el Contrato de Seguro es de ubérrima buena fe, razón por la cual, como fue explicado en los acápites precedentes, el Asegurador halla en la declaración de asegurabilidad y el consecuente cuestionario diligenciado por el tomador, los insumos fundamentales con base en los cuales adoptará la determinación de celebrar el contrato de seguro o no, y en caso de ser ello así, establecer la consecuente contraprestación a su favor merced a la matiz objetiva del riesgo, máxime si se tiene en cuenta que este no se encuentra obligado a inspeccionar en forma previa el estado del riesgo.

De esta manera, ubicándonos en un escenario previo al perfeccionamiento del Contrato de Seguro, el Asegurador se encuentra en situación de desconocimiento de todas las circunstancias que afectan el estado del riesgo y que hayan sido omitidas en forma intencional en la declaración de asegurabilidad, impone un análisis mucho más detallado en atención a las particularidades del caso bajo estudio.

En todo caso, reitero que la mera circunstancia que mi representada METLIFE haya sometido al potencial tomador a la práctica de exámenes médicos con el fin de complementar la información vertida en el cuestionario adjunto a la declaración de asegurabilidad, ello no implica en forma alguna que el tomador se encuentre

eximido del deber de informar sincera y verazmente el estado del riesgo que pretendía trasladar al Asegurador.

Al respecto, recalco que la nulidad relativa por inexactitud y/o reticencia se produce aun en los casos en que el tomador aduzca obrar de buena fe o aun en los eventos en que ignore sin negligencia las circunstancias del estado del riesgo.

Por consiguiente, si en estos casos, se produce la nulidad relativa del contrato de seguro, no se explica por qué sería otra la solución en el evento *sub judice*, si se tiene presente que el señor JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.), no sólo omitió informar verazmente el estado del riesgo sino, incluso, manifestó en forma contraria a la realidad que no tenía ninguna enfermedad y que no había recibido tratamiento médico o que había sido incapaz de desarrollar sus actividades normales por más de cinco (5) días consecutivos debido a enfermedad durante los últimos cinco (5) años anteriores a la celebración del Contrato de Seguro con METLIFE y, adicionalmente, incurrió en inexactitudes y reticencias al informar su actividad económica y profesión, toda vez que, tal como se demostrará a lo largo de la presente actuación procesal, el asegurado JULIÁN ANDRÉS SEGURA LÓPEZ (Q.E.P.D.) **no informó que dentro de sus actividades profesionales u oficios se encontraba precisamente la de conducir vehículos de servicio público y camiones y, en todo caso, manifestó que se dedicaba a otro tipo de actividades.**

Al amparo del razonamiento antes esbozado, llamo poderosamente la atención del Despacho en el sentido que no es viable aceptar que los beneficiarios demandantes deriven un lucro, a todas luces, ilícito de un contrato de seguro celebrado en las condiciones antes anotadas.

Por consiguiente, al caso de marras resulta aplicable la previsión normativa prevista en el artículo 1515 del Código Civil, que a saber enseña:

“El dolo no vicia el consentimiento sino cuando es obra de una de las partes, y cuando además aparece claramente que sin él no hubiera contratado.

En los demás casos el dolo da lugar solamente a la acción de perjuicios contra la persona o personas que lo han fraguado o que se han aprovechado de él; contra las primeras por el total valor de los perjuicios y contra las segundas hasta concurrencia del provecho que han reportado del dolo.” (Negrilla fuera de texto).

Traducido lo anterior al caso que ocupa la atención de la presente *litis*, se concluye que no se produce la invalidez del negocio jurídico en los eventos en que ambos contratantes actúen con dolo. No obstante, dicha solución no es idéntica, frente a los casos en que el tomador actúe con dolo y el Asegurador obre con *culpa*, hipótesis en la cual, el contrato nace a la vida jurídica inmerso en causal de anulabilidad.

Por otra parte, reitero que la esencia de la presente controversia está en la declaración de asegurabilidad, por cuya virtud se hace el asegurador a la información atinente a las circunstancias que afectan el estado del riesgo; la asunción del mismo y el cálculo de la prima se apoyan en la que allí brinde el tomador, quien [sea ésta dirigida o espontánea] tiene en sus hombros una carga de responsabilidad y solvencia que le impone comunicar al asegurador de manera fidedigna, veraz y oportuna de aquellas circunstancias, porque de no ser así nulidad relativa del contrato deviene como sanción del negocio.

En todo caso, aun en el eventual e improbable evento en que el despacho llegase a establecer a cargo de mi poderdante METLIFE un conocimiento presuntivo del estado del riesgo con base en la indagación realizada por éste, ello no comporta, desde luego, que por ese conducto ha de entenderse enterado de aspectos que desbordan los confines de esas indagaciones, sobre los cuales, es natural, no hay lugar a suponer ese conocimiento.

Con arreglo a lo expresado con anterioridad, **NO** es procedente colegir –como erradamente lo pretende el extremo actor- que toda eventual causal de nulidad del contrato de seguro se haya subsanado y, por consiguiente, dicho negocio jurídico se encuentre en la aptitud para alcanzar el cometido indemnizatorio que se predica respecto de la obligación condicional a cargo del Asegurador.

A la luz de lo expuesto, solicito comedidamente al H. Tribunal revocar la sentencia impugnada y, en consecuencia, declarar que el contrato de seguro vertido en la póliza expedida por METLIFE no está llamada a producir efectos finales.

D. Improcedencia de la condena de intereses moratorios en la forma indicada por la sentencia recurrida.

En subsidio de lo expuesto, aun si el H. Tribunal decidiera confirmar la sentencia impugnada en lo que respecta a la exigibilidad de las coberturas reclamadas, respetuosamente me aparto de la determinación adoptada por el la juzgadora de primer grado en lo que respecta a la condena de intereses moratorios en la forma ordenada por el art. 1080 del C. de Co.

En efecto, discrepo de la determinación adoptada en la medida en que la carga probatoria para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía se produjo sólo al concluirse el período probatorio, momento en el cual, la juzgadora contó con todos los elementos de juicios para verificar no sólo la prueba del deceso y sus circunstancias sino que, adicionalmente, concluyó que estaba *probado que el hecho del deceso no correspondió a la materialización de una exclusión*, según la conclusión a que arribó la sentenciadora.

Por consiguiente, la condena a intereses moratorios sólo debió contabilizarse desde la fecha en que produjo la clausura del debate probatorio, fecha que coincide con la emisión del pronunciamiento judicial impugnado, esto es, el 18 de agosto de 2018, pues a partir de dicho momento la obligación indemnizatoria -antes en disputa- vislumbró no sólo su claridad sino se estableció con certeza su *liquidez* en la medida en que, a juicio, de la sentencia impugnada se estableció la realización del amparo otorgado por METLIFE en su alcance y delimitación causal y contractual.

Dicho de otro modo, sólo a partir del cierre del debate probatorio se concluyó, a juicio de la sentenciadora de primer grado, que el deceso del asegurado correspondió a la realización de un evento amparado por la póliza expedida por METLIFE.

Aun si el H. Tribunal no accediere a la tesis antes propuesta, la contabilización de intereses moratorios tendría que producirse a partir del momento de la notificación del auto admisorio de la demanda a METLIFE, toda vez que a partir de allí se produce la constitución en mora, siguiendo los lineamientos del inciso 2º del art. 94 del CGP que, a saber, preceptúa: *“La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.”*

Finalmente, si esta segunda tesis no fuera admitida, la contabilización de intereses de mora no debía realizarse a partir de la fecha de la reclamación sino, en todo caso, del vencimiento del mes con que contaba el asegurador METLIFE para pronunciarse de fondo en torno a la misma, luego de que la misma se encuentre debidamente formalizada, según lo prevé el inciso 1º del art. 1080 del C. de Co. *“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.”*

Con base en las razones expuestas en este acápite, solicito comedidamente al H. Tribunal que revoque o modifique la sentencia impugnada en lo concerniente a la condena de intereses moratorios.

III. SOLICITUD

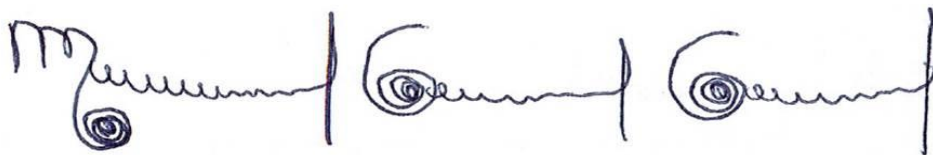
De acuerdo con las razones esbozadas en el presente memorial, solicito comedidamente al H. Tribunal:

1. **REVOCAR** en su integridad la sentencia de fecha 18 de agosto de 2018 proferida por el Juzgado 19 Civil del Circuito de Cali.
2. Como consecuencia, de lo anterior, **EXONERAR** de todo compromiso indemnizatorio a METLIFE.

IV. NOTIFICACIONES

Comendidamente informo que el suscrito apoderado así como mi representada METLIFE recibiremos notificaciones en los correos electrónicos: mgarcia@velezgutierrez.com y notificaciones@velezgutierrez.com

Respetuosamente,



MANUEL ANTONIO GARCÍA GIRALDO
C.C. 81.741.388 de Fusagasugá (Cundinamarca)
T.P. 191.849 del C. S. de la J.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Radicación: 2019153273-007-000

Fecha: 2020-02-04 14:04 Sec.día 2198

Anexos: No

Trámite: 116-CONSULTAS ESPECÍFICAS

Tipo doc: 39-RESPUESTA FINAL E

Remitente: 334000- DIRECCION LEGAL DE SEGUROS

Destinatario: 13 - 33-LIBERTY SEGUROS

Doctor

MARCO ALEJANDRO ARENAS PRADA

Representante Legal

LIBERTY SEGUROS S.A.

Calle 72 No. 10-07 y Calle 71 No. 10-08 Pisos 1,6,7 y 8

Bogotá D.C.

Número de Radicación : 2019153273-007-000
Trámite : 116 CONSULTAS ESPECÍFICAS
Actividad : 39 RESPUESTA FINAL E
Expediente : 8
Anexos :

Respetado doctor:

Me refiero a su comunicación radicada bajo el número antes indicado, mediante la cual solicita *“concepto formal sobre cual debe ser la debida ubicación de las exclusiones en las condiciones generales de las pólizas, por cuanto a nuestro juicio, según lo dispuesto en la Circular Básica Jurídica, las mismas deben estar a partir de la primera página pudiendo continuar en la siguiente página (s) siempre que se consignen de forma continua y no como algunos han interpretado, que éstas exclusiones deben estar única, exclusivamente y en su totalidad en la primera página de las condiciones aplicables”*. Sobre el particular, proceden los siguientes comentarios:

I. Normatividad

De manera preliminar procede mencionar que de conformidad con lo previsto en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, esta Entidad profiere los conceptos de carácter general y abstracto a que haya lugar con motivo de las consultas que le son formuladas sobre las materias de su competencia, mas no le es dable mediante esta instancia pronunciarse sobre hechos o situaciones particulares y concretas, motivo por el cual el presente documento solo presenta consideraciones de tipo general que atienden a la regulación vigente sobre la materia.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hechas las anteriores precisiones, procedemos a atender las inquietudes planteadas, para lo cual consideramos procedente reiterar los presupuestos normativos por Usted expuestos en su consulta, a saber:

El numeral 2 del artículo 184 del Estatuto Orgánico de Sistema Financiero establece que las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de seguro de manera que permita a los tomadores asegurados identificar los riesgos y las condiciones del producto que adquiere.

En tal sentido, el mencionado presupuesto normativo establece en su literal c) que *“Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza”*.

Por su parte, como requisitos de las pólizas, el numeral 1.2.1.2 de Capítulo II del Título IV de la Parte II de la Circular Básica Jurídica (Circular Externa 29 de 2014), establece que *“Los 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.”*

II. Consideraciones de esta superintendencia

Con el fin de atender su solicitud y teniendo en cuenta tanto lo expuesto en su comunicación, como los diferentes fallos emitidos por los Despachos Judiciales, se consideró procedente requerir la posición de la Dirección Jurídica de esta superintendencia, la cual, previa evaluación de los presupuestos normativos en cita, emitió los siguientes comentarios:

“(…)

Se tiene entonces que una estipulación sobre los amparos y exclusiones de la póliza que cumpla también los requisitos de ‘fácil comprensión’, en caracteres tipográficos ‘destacados’ y ‘fácilmente legibles’, debe expresar con claridad, suficiencia y exactitud la extensión del riesgo asumido por el asegurador. Lo anterior se logra de dos maneras: con una descripción positiva en donde se defina el alcance de la protección contratada y, seguidamente, con una descripción negativa, sobre aquellos hechos o circunstancias excluidos en relación con el riesgo asegurado enunciado en la carátula.

Definida así la estructuración y el contenido de la póliza, es de advertir que el legislador no restringió la autonomía negocial de las compañías de seguros en relación con el número de amparos o exclusiones ni respecto de la extensión de su texto, de modo que para dilucidar el debido cumplimiento del requisito alusivo a que ‘Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza’, se debe apelar a la razón práctica y al propósito de la norma que, como se anotó, no es otro que el de garantizar que la información sobre los amparos que extiende el asegurador en el respectivo producto, así como



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

las respectivas exclusiones, sea la 'primera' que conozca el tomador y/o asegurado, de suerte que le permita formarse una comprensión suficiente sobre la cobertura ofrecida.

Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor."

En los anteriores términos hemos atendido su solicitud, debiéndose precisar que cualquier información adicional en su oportunidad la estaremos suministrando.

Cordialmente,



LUZ ELVIRA MORENO DUEÑAS
334000-DIRECTOR LEGAL DE SEGUROS
DIRECCION LEGAL DE SEGUROS

Copia a:

Elaboró:
LUZ STELLA AGUILERA MORALES

Revisó y aprobó:
LUZ ELVIRA MORENO DUEÑAS

