

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DIECINUEVE CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
TREINTA Y UNO (31) DE AGOSTO DE DOS MIL VEINTIDÓS (2022)

PROCESO	Acción de Protección al Consumidor
RADICACIÓN	110013199003 202002323 02

I. ASUNTO A TRATAR

El señor RICARDO ANGEL PLAZAS inicia proceso de Protección al Consumidor, a efectos de obtener el pago de los clausulados en el acápite de las pretensiones en contra de la Aseguradora Sura – Seguros de Vida.

II. ANTECEDENTES

La acción se encuentra respaldada en una póliza de seguros suscrita por el señor Plazas en su condición de tomador y asegurado, y la Aseguradora Sura en su condición de Asegurador.

El día veintitrés (23) de julio de dos mil diecinueve (2019), la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES, admitió la acción de Protección, siendo notificado el auto admisorio de demanda en debida forma; la entidad demanda formuló excepciones denominadas “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, POR AUSENCIA DE COBERTURA DE LOS AMPAROS RECLAMADOS; MALA FE DEL ASEGURADO; CUMPLIMIENTO AL DEBER DE INFORMACIÓN Y DEBIDA DILIGENCIA POR PARTE DE LA ASEGURADORA, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y la EXCEPCION GENERICA”.

Fallo de Primera Instancia

En audiencia celebrada el veintiuno (21) de junio de dos mil veintidós (2021), se oyeron los alegatos de conclusión correspondientes, acto procesal del cual hicieron uso los apoderados de ambas partes y se dictó fallo.

Fue así, como en la fecha antes citada, mediante audiencia, la a-quo declaró no probadas las excepciones denominadas: “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, POR AUSENCIA DE COBERTURA DE LOS AMPAROS RECLAMADOS”. “CUMPLIMIENTO AL DEBER DE INFORMACIÓN Y DEBIDA DILIGENCIA POR PARTE DE LA ASEGURADORA, SEGUROS GENERALES SURAMERICNA S.A.” y “MALA FE DEL ASEGURADO”. SEGUNDO, declarando en consecuencia contractualmente responsable a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. del reconocimiento de los amparos de enfermedades graves y renta diaria por hospitalización a favor del señor RICARDO ANGEL PLAZA. Condenando igualmente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. a pagar al señor RICARDO ANGEL PLAZA la suma de CUARENTA Y DOS MILLONES

TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE (\$42.350.000) junto con los intereses.

Apelación

El apoderado de la entidad demandada SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. apeló la decisión, sin indicar en forma sucinta los motivos de su inconformidad, de acuerdo con lo establecido en el inciso 2 del núm. 3 del art 322 del C. G. del P., no obstante, en aras de garantizar el derecho de defensa, se procederá a dar trámite a esta instancia en los términos consagrados por el legislador.

Arguye el apelante mediante escrito, que conforme se encuentra probado en el plenario, no es dable obviarse de la atribución conferida al asegurador para tomar a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurada, prevista en el artículo 1056 del C. de Co, y en virtud de la cual procedió en el caso, a excluir los riesgos de enfermedad grave y renta por hospitalización, mal puede considerarse como “cláusula abusiva”, bajo el argumento de no haberse brindado información clara, oportuna y veraz al asegurado al momento de vincularse a la póliza, conforme lo estimó la instancia.

Así mismo que la falta de información oportuna y clara, achacada al asegurador, *per se*, no puede restar validez a las referidas exclusiones que, como ya se advirtió contaron con cabal fundamento para su consagración.

Finalmente, enuncia que la discrepancia entre la solicitud del seguro, o documento de información de intermediación, aportado a la demanda y la allegada con la contestación, halla fundamento en que la última corresponde a la que se le radicó a la aseguradora, haciéndose constar allí la delimitación del riesgo. Y aunque se probó en el proceso, por testimonio del asesor, que, de este anexo, valga decir, el radicado ante SURA VIDA, no se le entregó copia al asegurado demandante, ello no permite concluir que a este no se le haya informado oportunamente las condiciones bajo las cuales se le otorgó la cobertura y menos demerita la prueba que da cuenta de tal hecho, derivada del testimonio del asesor del intermediario, señor Andrés del Río, tal como lo infiere la operadora jurídica de primera instancia

III. CONSIDERACIONES

Los presupuestos procesales como demanda en forma, competencia, capacidad para ser parte y capacidad procesal, se encuentran plenamente satisfechos dentro de este asunto; no se advierte nulidad alguna que pueda invalidar lo hasta ahora actuado dentro del trámite procesal, es procedente, por tanto, definir de fondo el presente litigio.

Así las cosas, es oportuno indicar que mediante Sentencia T-152 de 2006, la Corte Constitucional, en uno de sus primeros fallos, estudio el tema de las preexistencias y la reticencia en los contratos de seguros. En aquella oportunidad, la Corte analizó el caso de una persona de muy bajos recursos, que había adquirido un seguro familiar de salud con las coberturas y exclusiones que figuraban en el contrato. Su médico tratante le solicitó a la aseguradora una orden para la cirugía de “Varicocele Izquierdo”, la cual estaba cubierta por la póliza. No obstante, la demandada respondió que el procedimiento no sería autorizado, por

tanto, esa enfermedad era preexistente al ingreso del asegurado y que en consecuencia, se encontraba excluido de la cobertura del seguro. Sin embargo, la Corte sostuvo que no era posible que una aseguradora alegara preexistencias en este tipo de contrato, pues es ella quien tiene la posibilidad de conocer el verdadero estado de salud del asegurado.

A pesar de que los supuestos de hecho pueden variar un poco, lo importante de esta providencia es que de ella se pueden extraer algunas reglas aplicables a los casos concretos. En efecto, la principal diferencia entre estos contratos es el “riesgo asegurado” y la “prestación de la aseguradora”, pues los dos contratos persiguen un mismo propósito el cual es cubrir los posibles siniestros pactados entre las partes. Adicionalmente, comparten los elementos esenciales de los contratos de seguro. Así, aunque parezcan dos escenarios diferentes, el objetivo de esta clase de seguros es el mismo.

El primero de ellos (i), el relativo a la buena fe contractual, y el segundo (ii), relacionado con la carga de probar las preexistencias médicas. En cuanto al primer punto, sostuvo que la buena fe en los contratos de seguros adquiere mayor importancia y se predica de ambas partes. No solo del asegurado sino también de la aseguradora. Así, *“aun cuando en principio la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia enfatiza la buena fe en las cargas que debe asumir el asegurado, en realidad dicho principio se predica de las dos partes, es decir, tanto del tomador como del asegurador, teniendo en cuenta que se trata de un contrato de adhesión. En suma, si en los contratos en general se exige la buena fe, en el contrato de seguro la exigencia es máxima: tanto en el solicitante como en el asegurador debe campear la pulcritud moral e intelectual”*. Es decir, la carga de la buena fe corresponde a las dos partes, no solo al tomador del seguro. Respecto al segundo punto, *“no es posible interpretar los términos del contrato en perjuicio de los intereses del beneficiario o asegurado, a partir de dictámenes médicos posteriores donde se afirme que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración.(...) No es, en consecuencia, constitucionalmente admisible la inclusión de una preexistencia o la negación de un servicio médico que no haya sido enunciado como tal en el contrato, ya que se presume la buena fe de las partes al momento de obligarse*.

En el año 2010, la Corte fijó unas reglas muy importantes en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro. Así, mediante Sentencia T-832 de 2010, la Corte estableció dos asuntos de suma trascendencia y que pueden ser extraídos de su lectura. En primera medida, (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados.

Puestas de este modo las cosas, bien puede afirmarse que, de la jurisprudencia aquí decantada como de los testimonios de los señores Andrés del Río Álzate y Jessica Alejandra Morales se vislumbra sin entrar a más elucubraciones que en efecto (i) El demandante desconocía las declinaciones de la póliza de seguros al momento de tomarla. (ii) No se probó que los acontecimientos de salud padecidos por el actor, lo fueran por tener la enfermedad denunciada al momento de la afiliación, esto es, diabetes mellitus

controlada, como mal lo asegura la entidad demandada. (iii) No se entregó al actor en debida forma el documento que da cuenta de las declinaciones de las condiciones aseguradas, pues tan solo se le entregó la carátula de la póliza con la indicación de la preexistencia por la enfermedad denunciada. (iv) No se entregó al actor en la debida oportunidad del documento anexo a la póliza y que denotan los amparados declinados, pues del documento que se aportó junto con la contestación de la demanda y denominado "Información de intermediación", el mismo testigo asesor y vendedor de dicha póliza adujo no ser el documento entregado por él al aquí demandante.

Téngase en cuenta además, que explícitamente al testigo en el minuto 27:09 se le pone de presente la póliza allegada con la demanda, a lo cual indicó ser la documental por él entregada al asegurado.

Al minuto 29:10 al 33:01, el mismo testigo indica no haber entregado al asegurado ningún otro documento anexo y que la póliza era por la suma de \$50.000.000.00, siendo cubierto por Enfermedad Grave el 60% del valor asegurado; por Hospitalización la suma de \$50.000.00 pesos diarios y por Incapacidad la suma de \$25.000.00 pesos diarios.

Al minuto 38:05 indica que el demandante se comunicó con él solicitándole guía para el pago de una cirugía por quistes, en donde éste nunca le informó la declinación de los amparos, al contrario, le informó el trámite para la reclamación, indicando además que hay unos audios donde se le explica al asegurado los amparos declinados, es decir, se deja probado que dichas explicaciones se realizan con posterioridad a la toma de la póliza y de los quebrantos de salud del accionante.

Al minuto 39:05 indica que en el formulario de seguro, solo se dejó escrita la patología que denunció el asegurado.

Al minuto 40:33 señala que solo se deja escrita la preexistencia que padece el asegurado, es decir la diabetes mellitus.

Al minuto 41:38 precisa que el documento anexo a la póliza se diligencia y se entrega a la compañía aseguradora NO al asegurado, a menos que este lo solicite.

Al minuto 44:50 enuncia que las cartillas de las pólizas ya las llevan diligenciadas por la premura de la venta y que al señor Ricardo Ángel Plazas seguramente se le entregó una carátula ya diligenciada.

Al minuto 49:54 señala que son documentos diferentes cuando hay preexistencias, es decir que, a más del denominado "Información del Asegurado", ellos diligencian otro documento el cual solo hacen firmar por el tomador y lo radican en original a la aseguradora.

Al minuto 50:20 indica que el cliente no queda con el documento de la preexistencia, al cliente solo se le entrega la carátula con todas las condiciones.

Por otra parte, del testimonio de la señora Jessica Alejandra Morales se extrae que en efecto el actor desconocía de la declinación de los amparos contratados, dado que, cuando ella se comunicó con el actor a informarle la negación del pago solicitado, el asegurado informó que el desconocía dichas

declinaciones, siendo que el mismo asesor y vendedor fue quien le indicó que debía hacer la reclamación ante la aseguradora por la enfermedad presentada, ante lo cual, la señora Morales le solicito se comunicara nuevamente con el asesor Andrés del Rio para que este le informara todos y cada uno de los alcances de la aludida cobertura. A lo cual minutos después la señora Morales recibió de parte del aquí demandante un WhatsApp indicándole que ya el señor Andrés del Rio le había explicado, que muchas gracias.

Ahora en torno a los mecanismos de defensa traídos a colación por el sujeto pasivo de la acción, es del caso relieves que éstos, si bien se encuentran fundamentados, ninguno de ellos tienen la virtualidad de desvirtuar en forma concreta los fundamentos facticos en que se apoyan las pretensiones incoadas en el libelo introductorio, ya que como se ha dicho por esta sede judicial, demostrada está la inclusión de una cláusula abusiva en detrimento de los intereses del tomador de seguro, práctica esta que es muy común en las compañías aseguradoras al pretender evadir las responsabilidades adquiridas a través de las pólizas de seguros.

Bastan estos argumentos, para indicar que contrario sensu a lo afirmado por el inconforme en su escrito de apelación, se tiene que la entidad aseguradora al excluir los riesgos de enfermedad grave y renta por hospitalización, lo hizo con base en una “cláusula abusiva”, tal y como quedo argumentado en el fallo de primera instancia, toda vez que, demostrado quedo que al no brindársele una información clara, oportuna y veraz al asegurado al momento de vincularse a la póliza, se conculcaron sus derechos a retractarse de dicha toma, pues no es de recibo para esta Judicatura que hasta pasados unos meses y luego de haberse presentado una reclamación es que se informe al asegurado de la declinación de los amparos.

Puestas de este modo las cosas, conlleva a que todos los aspectos esbozados por el recurrente no tengan de manera alguna la capacidad de hacer modificar la decisión de primera instancia, la cual de paso sea dicho, se encuentra ajustada a derecho, sin que se evidencie vulneración alguna.

Colofón de lo anterior, es claro que los argumentos expuestos no resultan de recibo, máxime cuando la valoración probatoria realizada en este Despacho lleva a la misma conclusión a la que arribó el juzgador de primera instancia, por lo tanto, la sentencia será confirmada en su integridad.

IV. DECISIÓN:

En mérito de lo anteriormente expuesto, el Juzgado Diecinueve Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

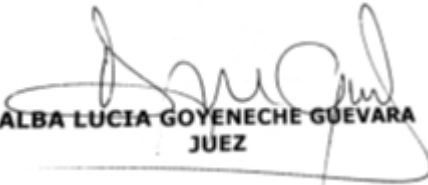
RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia dictada el veintiuno (21) de junio de dos mil veintiuno (2021) por parte de la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

SEGUNDO: CONDENAR en costas al apelante, señalando como agencias en derecho en esta instancia la suma de \$900.000,00,00 M/cte. Liquídense.

TERCERO: Remitir el presente proceso al Juzgador de conocimiento.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


ALBA LUCÍA GOYENECHÉ GUEVARA
JUEZ

JUZGADO 19 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ HOY <u>01/09/2022</u> SE NOTIFICA LA PRESENTE PROVIDENCIA POR ANOTACIÓN EN <u>ESTADO No.147</u> GLORIA STELLA MUÑOZ RODRIGUEZ Secretaria
