

Su ref. 11001080000820231779601

Nuestra
ref. 1130500

Kennedys

Kennedys Colombia S.A.S.
AV Cra 9 # 115-06
Office 2802 - Edif. Tierra Firme
Bogotá D.C.
Colombia

t +57 1 390 5888

kennedyslaw.com

Catalina.Botero@kennedyslaw.com
Alejandra.Diaz@kennedyslaw.com
Daniel.Lopez@kennedyslaw.com

Señores

JUZGADO 49 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Vía e-mail:

j49cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

Radicado: 11001080000820231779601
Proceso: Verbal
Demandante: Ritabelenny Herrera Sierra
Demandado: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Asunto: Recurso de apelación en contra de sentencia

ALEJANDRA DÍAZ HERRERA, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderada especial de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A** (“MetLife”), por medio de este escrito y encontrándome en el término procesal previsto para tal efecto, presento **sustentación del recurso de apelación** contra la sentencia de primera instancia que fue proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera en el proceso de la referencia. La sustentación se presenta en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD

El 16 de abril de 2024, se notificó el auto mediante el cual el Juzgado 49 Civil del Circuito de Bogotá (el “Juzgado”), admitió el recurso de apelación radicado por MetLife en contra de la sentencia de primera instancia que fue proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera (la “Delegatura”), en el proceso promovido por Ritabelenny Herrera Sierra en nombre propio y en representación de su hijo L.F.T.H. en contra de MetLife

En el mencionado auto se dispuso lo siguiente:

“El apelante, observe el contenido del artículo 12 de la ley 2213 de 2022. Ejecutoriado el auto que admite el recurso o el que niega la solicitud de pruebas,

Kennedys is a trading name of Kennedys Law LLP.

Kennedys Law LLP is a limited liability partnership registered in England and Wales (with registered number OC353214).

Kennedys offices, associations and cooperations: Argentina, Australia, Belgium, Bermuda, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, China, Colombia, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, England and Wales, France, Guatemala, Hong Kong, India, Ireland, Israel, Italy, Mexico, New Zealand, Northern Ireland, Norway, Oman, Pakistan, Panama, Peru, Poland, Portugal, Puerto Rico, Scotland, Singapore, Spain, Sweden, Turkey, United Arab Emirates, United States of America.

A list of Partners is available for inspection at our registered office at 20 Fenchurch Street, London EC3M 3BY. Kennedys Law LLP is authorised and regulated by the Solicitors Regulation Authority. We use the word ‘Partner’ to refer to a member of Kennedys Law LLP, or an employee or consultant who is a lawyer with equivalent standing and qualifications.

el apelante deberá sustentar el recurso a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes. De la sustentación se correrá traslado a la parte contraria por el término de cinco (5) días. Vencido el término de traslado se proferirá sentencia escrita que se notificará por estado”. (Se destaca)

Así las cosas, el auto que admitió la apelación quedó ejecutoriado el 19 de abril de 2024 y el término de 5 días para sustentar el recurso empezó a correr el 22 de abril de 2024 y vencerá el 26 de abril del mismo año. Por lo anterior, este escrito se presenta de manera oportuna ante el Juzgado.

II. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

- 1 En la sentencia proferida el 12 de diciembre de 2023 (la “Sentencia”), la Delegatura declaró probada la excepción de *“Prescripción de la Acción de Protección al Consumidor”* respecto de la señora Ritabelenny Herrera. No ocurrió lo mismo con el menor L.F.T.H., al considerar que frente a los menores de edad no se cuenta el término de prescripción.
- 2 Se declaró no fundada la excepción de *“Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo”* y no probada la de *“Inexistencia de obligación de pago de intereses de mora a cargo de MetLife”*, aduciendo principalmente que MetLife no acreditó que de haber conocido que al señor Guillermo Tuta Ponte (el “Asegurado”) le habían practicado una biopsia de próstata y le habían diagnosticado apnea del sueño, hubiese expedido el contrato de seguro en condiciones más onerosas o se hubiese abstenido de celebrar dicho contrato. Al no prosperar la excepción relacionada con la reticencia, indicó que era procedente el reconocimiento y pago de intereses moratorios desde el 5 de agosto de 2021.
- 3 Igualmente declaró carente de efectos el medio exceptivo denominado *“Sujeción a los términos, límites, exclusiones y condiciones previstos en la Póliza”*.
- 4 Finalmente, condenó a MetLife a pagar al menor L.F.T.H. la suma de \$56.372.435 por la Póliza Reajutable de Seguro de Vida Individual No. 5726800 (la “Póliza”), más los intereses de mora desde el 5 de agosto de 2021 hasta la fecha de pago.

III. REPAROS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

- 1 En primer lugar, la Delegatura incurrió en una ausencia de valoración probatoria al momento de dictar la Sentencia, pues en ella no se realizó un análisis de todas las pruebas decretadas y practicadas a lo largo del proceso, en especial, lo relacionado con la relevancia del estado de salud del Asegurado para la expedición de la Póliza y cuál hubiese sido el proceder de MetLife habiendo tenido conocimiento de ello.
- 2 En segundo lugar, la Delegatura incurrió en una indebida aplicación de las normas que regulan el contrato de seguro. En concreto, se le dio un alcance erróneo al

numeral 1 del artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 y no aplicó lo establecido en los artículos 1058 y 11 del Código de Comercio.

- 3 En tercer lugar, la Delegatura incurrió en debida aplicación de las normas que regulan la acción de protección al consumidor. En particular, le dio un alcance distinto al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, relacionada con el tiempo en el cual se debe presentar la acción de protección al consumidor.

IV. SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN

1 AUSENCIA DE VALORACIÓN PROBATORIA

La Delegatura hizo caso omiso a las pruebas allegadas y practicadas dentro del proceso, pues con el análisis de las mismas no solo se probó i) que al Asegurado se le practicó una biopsia de próstata y había sido diagnosticado con apnea del sueño antes de que entrara en vigencia la Póliza, sino la ii) relevancia de dichos padecimientos de salud para la expedición de la Póliza por parte MetLife y cuál hubiese sido el proceder de la compañía en el caso concreto.

- 1.1 **La Delegatura reconoció que el asegurado fue sometido a exámenes médicos relevantes y fue diagnosticado con apnea del sueño antes de firmar la declaración de asegurabilidad e iniciar vigencia la Póliza**

- 1.1.1 De la lectura de la Sentencia se extrae que en el curso del proceso quedó acreditado con la historia clínica del Asegurado¹, que el 29 de enero de 2020 al señor Guillermo Tuta le fue practicada una biopsia de próstata que arrojó posteriormente un diagnóstico de adenocarcinoma acinar de próstata. Al respecto, en la parte motiva de la Sentencia se indicó lo siguiente:

En tal sentido, consultada la historia clínica del asegurado allegada por la aseguradora demandada en su contestación (la cual no fue tachada ni desconocida) y por la IPS Keralty (derivados 30, 35 y 36), emerge de la misma que el señor **Guillermo Tuta Ponte**, se le había practicado una biopsia de próstata para el 29 de enero de 2020, cuya fecha de validación del diagnóstico "ADENOCARCINOMA ACINAR DE PRÓSTATA, GLEASON 3 + 4 = 7, GRADO GRUPO 2, EN EL NÓDULO DOMINANTE, DE LOCALIZACIÓN: ÁPEX A MEDIO" fue posterior a la suscripción del seguro, conforme se indica en el resultado remitido por la EPS Sanitas 02 0EE QQ 00 550 09 92 42 con fecha de validación del 17/08/2020 (derivado 36), así mismo en la historia clínica del asegurado No.19482211C61 se indica "X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA, MES: AÑO: . CONFIRMA ANTECEDENTE. 11/08/2020 06:39" (pág.2 de 12 Clínica Universitaria Colombia derivado 030).

- 1.1.2 Además, con la historia clínica aportada con la contestación de la demanda y el interrogatorio de la señora Ritabelenny Herrera, también pudo acreditarse que el Asegurado padecía de apnea del sueño desde el año 2019, esto es, antes de firmar la solicitud de seguro el 25 de febrero de 2020 y antes del inicio de vigencia de la

¹ Derivados 12, 30, 35 y 36 del expediente virtual de la Superintendencia Financiera.

Póliza el 4 de marzo del mismo año. De ello no tuvo duda la Delegatura, al punto que en la Sentencia manifestó lo siguiente:

Además, se evidencia en la Historia Clínica No. 19482211 aportada por la aseguradora en la contestación de la demanda, que el asegurado el 11 de diciembre de 2019, fue diagnóstico de apnea de sueño hace alrededor de 8 meses. (derivado 012 anexo 11).

1.1.3 Así las cosas, es claro que los argumentos por los cuales la Delegatura condenó a MetLife en nada tienen que ver con la existencia y prueba de la reticencia en la que incurrió el Asegurado.

1.1.4 Para la Delegatura se debe afectar la Póliza porque, a su parecer, MetLife no probó que de conocer tales circunstancias de salud del Asegurado hubiese establecido una extraprima o no hubiese expedido la Póliza, lo cual no contempla las pruebas decretadas y practicadas en el proceso. Respecto de dicho reproche, se lee en la sentencia lo siguiente:

No obstante, de la revisión de las pruebas obrantes en el presente proceso, no es posible concluir dichas circunstancias, como quiera que más allá del dicho de aquella no obra en el plenario documental alguna **de la cual se pueda establecer de manera objetiva** cuál fue el grado de riesgo asumido por la aseguradora, **ni las razones por las cuales las condiciones de salud del asegurado -apnea del sueño y biopsia- sobrepasan el mismo**, lo que justificaría su actuar en el sentido de extraprimar o no contratar para la época de asunción del riesgo, no pudiéndose surtir dicha evaluación para el momento de la reclamación o incluso en el curso del proceso judicial.

1.1.5 Lo anterior, resulta relevante de cara a establecer el principal argumento del presente recurso de apelación, pues como se indicará a lo largo del mismo, en el proceso sí se acreditó con distintos medios de prueba que, de conocer que el asegurado padecía de apnea del sueño y un mes antes de diligenciar la solicitud de seguro se le había practicado una biopsia de próstata, habría establecido una extraprima en lo que tiene que ver con la apnea del sueño y hubiese suspendido la expedición de la Póliza en lo que respecta a la biopsia practicada.

1.1.6 Sentados estos antecedentes, pasaré a exponer de manera concreta las razones por las cuales la Delegatura emitió la Sentencia sin tener en cuenta la totalidad de las pruebas practicadas a lo largo del presente proceso, razón por la cual, debe revocarse su decisión.

1.2 **MetLife probó que de haber conocido el diagnóstico de apnea del sueño y la práctica de la biopsia de próstata, hubiese establecido otra extraprima o hubiese**

suspendido la expedición de la Póliza hasta tanto se contara con el resultado de la biopsia

1.2.1 Para emitir la Sentencia, la Delegatura se remite a la solicitud de seguro que contiene la declaración de asegurabilidad, indicando que **“la información consultada contenía elementos importantes o relevantes para el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo, y que, en consecuencia, consideraba determinantes para la formación del contrato”**(Se destaca), lo cual guarda coherencia con los supuestos fácticos del caso en concreto y está en consonancia con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio.

1.2.2 No obstante, la Delegatura, en un absurdo, pretende que la declaración de asegurabilidad se enuncien todas y cada una de las enfermedades que pueda padecer un consumidor o todos los exámenes médicos que le puedan ser practicados para satisfacer el deber de información establecido en la Ley 1480 de 2011. La Delegatura perdió de vista que si bien la aseguradora presenta un cuestionario con el cual se indaga al consumidor sobre su estado general de salud, es a este último a quien le corresponde - en aplicación de la buena fe que rige los contratos de seguros - manifestar **todas aquellas circunstancias** relacionadas con su estado de salud, so pena de declararse la nulidad relativa del contrato de seguro celebrado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia consideró:

*“El tomador o el asegurado, en cumplimiento de la buena fe comercial, **debe dar una información clara y fidedigna sobre el aspecto puntual que se le indaga, relativo al interés asegurable, pues si así no lo hace, conduce a la compañía a contratar con base en la creencia de hechos diversos a los que en verdad existen**, esto es, la lleva a emitir el consentimiento cimentado en el error, lo cual es, sin duda, un vicio del consentimiento generador de nulidad relativa.”² (Se destaca)*

1.2.3 Téngase en cuenta que tampoco se reprochó por parte de la Delegatura la ausencia de indagación de la asesora Shirley Bermúdez respecto del estado de salud del Asegurado, pues con el testimonio de ella logró acreditarse que sí se reunió con el Asegurado para diligenciar la declaración de asegurabilidad y que en las tres oportunidades que la asesora Shirley Bermúdez y el Asegurado se encontraron, este último no manifestó estar a la espera de los resultados de una biopsia ni padecer de apnea del sueño.

1.2.4 El reproche de la Delegatura se concentra en la ausencia de indagación respecto de enfermedades puntuales y exámenes médicos específicos, a saber, apnea del sueño y biopsia de próstata, casi que obligando a la asesora de seguro a conocer de temas médicos específicos e imponiéndole la obligación de preguntar por biopsias y apneas

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 13 de diciembre de 2018, SC5327-2018, MP. Luis Alonso Rico Puerta.

del sueño en concreto, carga que no se encuentra contenida en ninguna normativa aplicable al contrato de seguro.

1.2.5 Ahora bien, manifestó la Delegatura que *“no obra en el plenario documental alguna de la cual se pueda establecer de manera objetiva cuál fue el grado de riesgo asumido por la aseguradora, ni las razones por las cuales las condiciones de salud del asegurado - apnea del sueño y biopsia - sobrepasan el mismo, lo que justificaría su actuar en el sentido de estraprimar o no contratar para el época de asunción del riesgo”*, afirmación que de ninguna manera se extrae las pruebas practicadas en el presente proceso, las cuales no solo fueron documentales sino también testimoniales. La afirmación de la Delegatura desconoce abiertamente lo probado con el testimonio de la señora Yonaira Calderón, quien hace parte del área de suscripción de MetLife y al cual nos referiremos en los literales (a) y (b) del numeral 1.2.6 del presente escrito.

1.2.6 Adicionalmente, en el plenario sí obra prueba con la cual se pudo establecer de manera objetiva las razones por las cuales se hubiese extraprimado o no se hubiese expedido la Póliza, las cuales se mencionan a continuación:

(a) **Biopsia:** En la audiencia celebrada el 3 de noviembre de 2023, luego de establecer las herramientas objetivas que tiene la aseguradora para la expedición de los seguros de vida: aplicativo de reasegurador, concepto médico y procedimientos del área de suscripción, la Delegatura preguntó de manera concreta a la testigo Yonaira Calderón respecto del proceder en caso de conocerse que el Asegurado se había practicado una biopsia. En la grabación se escucha lo siguiente³:

“Delegado: Si el cliente hubiera dicho que le iban a practicar una biopsia, de acuerdo a su experiencia, cuál hubiera sido el análisis de tarificación en ese caso. En ese caso.

Testigo: En ese caso nosotros como suscripción nos abstendríamos de continuar con el proceso, tendríamos que tener el resultado de eso para continuar con el proceso. No podríamos, porque no tenemos una evidencia médica ni un resultado ni un diagnóstico para poder continuar, entonces nos tocaría detenerlo. No hubiéramos podido continuar el estudio de la solicitud.

Delegado: Entiendo. Y esa decisión de detenerlo de ¿dónde surge? Esta en el ¿manual o lo sacan por la experiencia del funcionario o cómo es?, ¿dónde está el contenido?, ¿de dónde se saca esa pauta?

³ Derivado 42 del expediente de la Superintendencia Financiera, primera grabación de la audiencia, minutos 16:46 a 17:35.

Testigo: Esa pauta parte de que nosotros vendemos seguros de vida, por lo tanto tenemos que tener todo el conocimiento del caso, de la parte médica del cliente, de la parte de actividad. Esos son riesgos, es decir, perfiles de riesgo, entonces nosotros tenemos que tener un perfil de riesgo médico, de actividad, financiero, todo es un conjunto.

Quando proponemos el cuestionario hacemos preguntas inductivas para que el cliente responda si tiene alguna patología o algún diagnóstico o está en estudio de algo para nosotros saber qué camino debemos de tomar. Entonces es como regla de suscripción que partimos de la información que nos suministran para tomar una decisión". (Se destaca)

En este punto es importante precisar que, contrario a lo manifestado por la apoderada de la señora Ritabelenny, la biopsia practicada al Asegurado **no fue de rutina y de ninguna manera puede equipararse a una citología de una mujer, ni un examen de control**. Sobre dicho supuesto que indicó la apoderada y conforme la pregunta reformulada por el Delegado se respondió lo siguiente⁴:

“Delegado: El hecho que se les ponga de presente que se le va hacer un examen de biopsia y que no explique de qué naturaleza es, lleva a la misma conclusión que usted nos dio anteriormente o puede llevar a otra conclusión, en el área de suscripción.

Testigo: Lleva a la conclusión de que debo pedir más información médica". (Se destaca)

- (b) **Apnea del sueño:** Partiendo de la explicación dada por la testigo, la suscrita también le indagó respecto del proceder de MetLife en caso de que el Asegurado hubiese declarado que había sido diagnosticado con apnea del sueño, a lo que la testigo manifestó⁵:

“Apoderada: Si el cliente hubiese manifestado una enfermedad de apnea del sueño, ¿cuál hubiese sido el análisis por parte de la compañía?

Testigo: Correcto. El análisis es que le hubiésemos solicitado la última polisomnografía, para determinar el grado de la apnea y ahí determinar el recargo o qué necesitaríamos para el caso". (Se destaca)

⁴ Derivado 42 del expediente de la Superintendencia Financiera, primera grabación de la audiencia, minutos 24:50 a 25:55.

⁵ Derivado 42 del expediente de la Superintendencia Financiera, primera grabación de la audiencia, minutos 26:55 a 28:00.

Sobre el actuar de MetLife respecto de este diagnóstico, también fue aportada una prueba documental con la contestación de la demanda. En la prueba documental número 12 del mencionado escrito, se evidencia el concepto médico emitido por el doctor Jorge Manuel Rincón, médico de la aseguradora que según el testimonio de Yonaira Calderón también hace parte del equipo de suscripción, en el cual se indicó que con un diagnóstico de apnea del sueño grave la extraprima hubiese sido del 100%, según la herramienta que maneja la aseguradora.

1.2.7 Visto lo anterior, es claro que a lo largo del proceso MetLife acreditó tanto la reticencia en la que incurrió el Asegurado al momento de contratar el seguro, como la relevancia de dichos diagnósticos para la expedición de la Póliza. Estableciendo de manera objetiva que para el diagnóstico de apnea del sueño se hubiese establecido una prima del 100% y para la biopsia se hubiese suspendido el trámite de suscripción hasta contar con el resultado de la misma.

1.3 La apnea del sueño contribuyó con la causa del fallecimiento del Asegurado

1.3.1 Según Andrew Wellman y Susan Redline, tal y como aparece consignado en el libro *'Harrison: Principios de Medicina Interna'*, *"El síndrome de apnea/hipoapnea obstructiva del sueño (OSAHS, obstructive sleep apnea/hypoapnea syndrome) y de apnea del sueño central (CSA, central sleep apnea) se clasifican dentro de las alteraciones de la respiración que ocurren durante el sueño".*⁶ (Se destaca)

1.3.2 Como quedó acreditado con las pruebas decretadas y practicadas en el proceso, el Asegurado omitió informar que padecía de apnea del sueño, una enfermedad que afecta el **sistema respiratorio**. Además, resulta relevante mencionar que su diagnóstico era apnea del sueño **severa**, como se evidencia en varios apartes de su historia clínica.

1.3.3 Ahora bien, sin perjuicio de que con dicho diagnóstico se hubiese establecido una extraprima, lo cierto es que la apnea del sueño y todas las complicaciones respiratorias que tuvo el Asegurado en vida, influyeron de alguna manera con la causa de su fallecimiento.

1.3.4 En efecto, en la historia clínica aportada con la demanda, archivo denominado *"EPICRISIS GUILLERMO TUTA APONTE 19482211"*, se evidencia que uno de los diagnósticos de egreso del Asegurado y por los cuales falleció fue **"Dx salida 2 J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA"**. En la mencionada historia clínica se evidencia lo siguiente:

⁶ Harrison, Principios de Medicina Interna. 20ª edición (2018) pág. 2013.

EPICRISIS		
numero 728632856		
MEDICO : CARLOS JULIO GALINDO VARGAS		RM: 79745646
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL		
CIERRE DE EPICRISIS - EGRESO DE PACIENTE		
FECHA: 29/06/2021 HORA: 10:38:		
DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS		
Dx salida 1	B972	CORONAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS
Dx salida 2	J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
CONDICION DE SALIDA: MUERTO		DIAS DE INCAPACIDAD: 0

1.3.5 Así las cosas, es claro que por lo menos una de las enfermedades sobre las cuales versó la reticencia y/o inexactitud en el estado del riesgo, estuvo directamente relacionada con la causa del fallecimiento del Asegurado.

2 INDEBIDA APLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

2.1 En el Código de Comercio y las demás normas aplicables al contrato de seguro no se establece la obligación de la aseguradora de establecer una lista de patologías, diagnósticos o enfermedades

2.2.1 No existe una obligación legal o contractual de MetLife de establecer un manual en el cual se consignen las extraprimas para todas y cada una de las enfermedades que pueda tener un consumidor. No obstante, sí se acreditó la existencia de una herramienta con la cual se puede **establecer de manera objetiva - como lo requiere la Delegatura** -, cómo habría sido el proceder de MetLife en caso de conocer que el Asegurado padecía de apnea del sueño, esto es, con el aplicativo dispuesto por el reasegurador y sobre el cual el área de suscripción de la aseguradora realiza la evaluación de los riesgos para expedir las correspondientes pólizas, sumado a las políticas que rigen el área de suscripción y el equipo médico que hace parte de dicha área.

2.2.2 En ese sentido, es errada la afirmación de la Delegatura al indicar que “no se puede tener por acreditado cuál hubiese sido el actuar de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., si se hubiese conocido la apnea del sueño sufrida por el asegurado y la práctica de la biopsia efectuada el 29 de enero de 2020”, pues como se ha dicho, en el proceso quedó plenamente acreditado con el testimonio de Yonaira Calderón cuál hubiese sido el proceder de la aseguradora en este caso.

2.2.3 Ahora bien, es cierto que no cualquier enfermedad o condición de salud genera una extraprima o la decisión de no expedir un seguro, pero es deber del consumidor informar de dicha situación a la aseguradora con el fin de que ésta realice un análisis

del riesgo que va a asegurar y así pueda determinar, de manera objetiva con las herramientas y políticas de suscripción que se tengan al interior de cada compañía, cuál será el proceder respecto de cada consumidor en concreto. No puede otorgársele al consumidor la posibilidad de que éste determine cuál es el diagnóstico relevante o el examen médico de importancia que debe informar a la aseguradora, pues éste no cuenta con herramientas objetivas para tomar dicha decisión.

- 2.2.4 Al encontrarse plenamente acreditada la reticencia y la importancia de lo omitido para la expedición de la Póliza, debe declararse probada la excepción denominada *NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO*”, negando como consecuencia la totalidad de las pretensiones de la demanda.

3 INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE INTERESES DE MORA DESDE EL 5 DE AGOSTO DE 2021

- 3.2 En la Sentencia, la Delegatura condenó a MetLife a pagar intereses de mora establecidos en el artículo 1080 del Código de Comercio desde el 5 de agosto de 2021 y hasta la fecha de pago de la Sentencia. No obstante, si bien no hay lugar al reconocimiento de ninguna suma de dinero a favor de la señora Ritabelenny Herrera, en el remoto evento en que el Juzgado declare que sí existe siniestro amparado por la Póliza, se le solicita abstenerse de condenar a MetLife al pago de intereses moratorios desde la fecha indicada en la Sentencia, por las razones que pasan a exponerse.
- 3.3 La eventual obligación que tendría que asumir MetLife está regulada por las normas relativas al contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio. Así, es el artículo 1080 del Código de Comercio el que regula la posibilidad **restrictiva, limitada y excepcional** de que se ordene a la aseguradora a pagar intereses moratorios al asegurado. Dispone esa norma que tal supuesto solo puede ocurrir en el evento que el beneficiario **“acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077”**.
- 3.4 Conforme a lo anterior, la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que la condena por intereses moratorios en contra de la aseguradora es una posibilidad restrictiva, excepcional y que debe estar precedida de su culpa en la apreciación y objeción del siniestro para que tal sanción pueda ser procedente, **impidiéndose una condena de carácter objetivo o automático por este concepto.**
- 3.5 Al respecto, indicó la Corte Suprema que la sanción establecida en el artículo mencionado **“no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa**

justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación⁷. (Se destaca)

- 3.6 Por su parte en reciente pronunciamiento de Sentencia STC10306-2022 de 10 de agosto de 2022 que a su vez se refiere a la Sentencia SC5217-2019, la Corte puntualizó lo siguiente respecto del artículo 1080 del Código de Comercio:

*“A partir de ese canon, la Corte ha establecido que «los intereses moratorios» se pagarán desde: (i) el mes siguiente a la fecha en que el tomador o beneficiario pruebe el «siniestro» y la cuantía, aun extrajudicialmente (Art. 1077 C.Co); (ii) **la «ejecutoria de la sentencia» que ordena el pago, cuando la aseguradora objeta la reclamación y únicamente durante el trámite del proceso se acredita «el siniestro»** y se determina su monto (SC5217-2019); y (iii) la notificación del auto admisorio de la demanda al demandado, si se demostró «el siniestro» con «la reclamación», pero el valor de la pérdida se logra «probar» “al interior del proceso judicial” (SC5681-2018).*

*Esas sentencias son aplicables para dos hipótesis distintas; fijese que, en la primera, la existencia del «siniestro» y su «monto» solo pudieron demostrarse en el transcurso del proceso; en la segunda, el daño estaba acreditado, pero «la cuantía» se probó con la demanda*⁸. (Se destaca)

- 3.7 Pues bien, en este caso no se encuentran cumplidas las exigencias para que pueda ordenarse una condena por intereses moratorios a cargo de MetLife desde el 5 de agosto de 2021, pues con la solicitud de reclamación radicada por la demandante no se acreditó la ocurrencia del siniestro de cara a la Póliza. Se reitera que, del análisis realizado por la aseguradora en el trámite de la reclamación y en el curso del presente proceso, se evidenció que el Asegurado había sido reticente en la declaración del estado del riesgo, lo que llevaba a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro por él celebrado.
- 3.8 No obstante lo anterior, en el remoto evento en el que el Juzgado decida valorar la pretensión de intereses moratorios, debe tener en cuenta que los mismos solo pudieron haberse causado a partir de la Sentencia, pues fue hasta este momento de la Delegatura estableció -sin que ello implique que se comparta su posición- que sí se trataba de un evento cubierto por la Póliza.
- 3.9 Imponer una condena desde el 5 de agosto de 2021 iría en contravía de la sentencia del 19 de diciembre de 2018 de la Corte Suprema de Justicia Citada en el numeral 3.4, toda vez que ha quedado acreditado que la objeción de la compañía estuvo

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 19 de diciembre de 2018, M.P. Ariel Salazar Ramírez. Exp: 05001-31-03-002-2009-00687-01.

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia del 10 de agosto de 2022. M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque. Expediente 1100122030002020-01122-02 (STC10306-2022).

justificada por el análisis de la reclamación que se realizó, según el cual, el Asegurado había incurrido en reticencia, no acreditándose el siniestro conforme lo establecido en la Póliza y normas aplicables.

3.10 Es así como al juez le corresponde evaluar el caso en concreto y los motivos por los cuales la aseguradora negó en su momento el pago del valor asegurado. Como ya lo hemos indicado, imponer una condena objetiva iría en contra de lo establecido por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en casos similares.

3.11 Así las cosas, mal se haría en condenar a la aseguradora al pago de intereses moratorios desde una fecha en la cual no se había acreditado la ocurrencia del siniestro amparado de conformidad con las condiciones pactadas en la Póliza y lo establecido en el Código de Comercio.

4 ACREDITACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

4.2 Respecto de la prescripción de la Acción de Protección al Consumidor, si bien la Sentencia declara esta excepción de manera parcial, lo cierto es que la misma debe declararse para todos los demandantes, incluyendo el menor L.F.T.H. Esto, atendiendo a que existe norma especial establecida en la Ley 1480 de 2011, en la cual se establece el término de un año para instaurar la acción de protección al consumidor, sin que en la mencionada norma se establezcan exclusiones o distinciones o las mismas hayan sido objeto de pronunciamiento en materia de seguros por la jurisprudencia.

4.3 La Delegatura extiende los efectos de unas normas y sentencias de la Corte Suprema de Justicia que no atienden al caso en concreto, razón por la cual, no es viable su aplicación y la prescripción deberá declararse probada para todos los demandantes.

4.4 Lo correcto, es aplicar lo establecido en el numeral 3 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011 que señala el término que tiene el consumidor para instaurar la Acción de Protección al Consumidor ante la Superintendencia Financiera de Colombia, con ocasión de la eventual vulneración de los derechos del consumidor por parte de la entidad vigilada. La mencionada norma dispone que tal acción deberá ejercerse dentro del año siguiente a la terminación del contrato de seguro.

4.5 Para el caso en concreto, el Juzgado deberá tener en cuenta que con el fallecimiento del asegurado el 13 de junio de 2021, el contrato de seguro terminó ante la ausencia del interés y riesgo asegurable, razón por la cual el término de un año empezó a correr el 14 de junio de 2021 y venció el 14 de junio de 2022, sin que los demandantes hubiesen radicado la demanda en contra de la aseguradora, pues la misma solo se presentó hasta el 20 de febrero de 2023.

4.6 Incluso si se tomase un término conservador, es decir, si se computase el término desde la fecha en la cual se presentó la solicitud de afectación de la Póliza por parte

de los demandante a MetLife, también habría operado la prescripción de la acción de protección al consumidor. Lo anterior, teniendo en cuenta que la solicitud de indemnización se radicó el 5 de julio de 2021 y, se reitera, la demanda solo fue radicada hasta el 20 de febrero de 2023.

V. CONCLUSIÓN

Atendiendo a lo expuesto y contrario a lo manifestado por la Delegatura, en el presente proceso MetLife acreditó:

- 1 La reticencia y/o inexactitud en la cual incurrió el asegurado al diligenciar la solicitud de seguro el 25 de febrero de 2020, dado que no informó a la asesora de MetLife que había sido diagnosticado con apnea del sueño por lo menos desde el año 2019 y que el 29 de enero de 2020 se le había practicado una biopsia de próstata, circunstancias que a todas luces se configuraron antes de la entrada en vigencia de la Póliza, el 4 de marzo de 2020.
- 2 Que de haberse conocido por parte de MetLife que el Asegurado había sido diagnosticado con apnea del sueño grave, se hubiese establecido una extraprima del 100%.
- 3 Que si el Asegurado hubiese informado que el 29 de enero de 2020 le habían practicado una biopsia de próstata cuyos resultados estaba esperando, MetLife hubiese suspendido el trámite de expedición de la Póliza hasta contar con los resultados de dicho examen médico o un diagnóstico definitivo.
- 4 La prescripción de la Acción de Protección al Consumidor respecto del menor L.F.T.H.
- 5 Que aun en el remoto evento de afectarse la Póliza, no se podrían reconocer intereses desde el 5 de agosto de 2021.

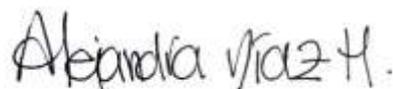
VI. SOLICITUD

De conformidad con lo planteado en este recurso, solicito al Juzgado 49 Civil del Circuito de Bogotá lo siguiente:

- 1 **REVOCAR** los ordinales tercero, cuarto, quinto y sexto de la Sentencia de primera instancia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera por las razones expuestas.
- 2 En su lugar, **DECLARAR** probadas las excepciones de mérito denominadas “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO*” e “*INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE INTERESES DE MORA A CARGO DE METLIFE*”.

- 3 **REVOCAR** el ordinal segundo de la Sentencia y, en su lugar, **DECLARAR** probada en su totalidad la excepción de “*PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DEL PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR*” respecto de todos los demandantes.
- 4 En consecuencia, **ABSTENERSE** de proferir condena alguna en contra de mi representada por concepto de valor asegurado de la Póliza Reajutable de Seguro de Vida Individual No. 5726800.

Del señor Juez, con toda atención,



ALEJANDRA DÍAZ HERRERA

C.C. 1.032.482.230 de Bogotá D.C.

T.P. 342.277 del C.S de la J.