REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI

SALA DE DECISIÓN CIVIL

MAGISTRADO PO|NENTE

JOSÉ DAVID CORREDOR ESPITIA

Santiago de Cali, diecisiete de julio de dos mil veinticinco.
Aprobado en acta de Sala Virtual de la misma fecha.

RESUÉLVESE el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada, en contra de la sentencia proferida por el **JUZGADO 10º CIVIL DEL CIRCUITO**, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual, adelantado por **OLGA LUCÍA TOBÓN HERNÁNDEZ**, en contra de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

I. ANTECEDENTES

A través de la demanda de la referencia la parte actora solicitó declarar la existencia del contrato de seguro de vida suscrito con Seguros de Vida Suramericana S.A. bajo la póliza N.º 081003724792, clasificando como abusivas e ineficaces todas las exclusiones y condiciones generales no incorporadas en la carátula ni explicadas antes del perfeccionamiento del negocio jurídico, reconociendo la ocurrencia del siniestro amparado por la cobertura de “Cáncer” y, correlativamente, el incumplimiento contractual de la aseguradora.

En consecuencia, pidió condenar a la demandada a pagar $128.201.754 por dicho amparo; los intereses moratorios previstos en el artículo 1080 del Código de Comercio desde el 31 de mayo de 2021 hasta la cancelación total; la indexación contemplada en los artículos 16 de la Ley 446 de 1998 y 283 del Código General del Proceso, y la devolución de $1.140.854 correspondientes a la prima cobrada para la vigencia 2021-2022.

Los anteriores pedimentos se sustentan en los siguientes supuestos fácticos:

1.1. Hechos.

La demandante expuso que, el 3 de julio de 2015, suscribió con Seguros de Vida

Suramericana S. A. la póliza de vida N0. 081003724792, renovada sin interrupción hasta la vigencia comprendida entre el 3 de julio de 2021 y el 3 de julio de 2022, y que dicha póliza incluía una cobertura autónoma de "Cáncer" por $128.201.754; afirmando que ni antes ni durante la celebración del contrato la aseguradora le entregó o explicó las condiciones generales y, por ende, en la carátula nunca se advirtió exclusión, limitación o definición alguna sobre ese amparo.

Refirió que el 18 de marzo de 2021, tras una biopsia del hueso sacro, le diagnosticaron un tumor maligno; que el 5 de abril los estudios inmunohistoquímicos confirmaron su carácter metastásico de posible origen gastrointestinal alto, pancreatobiliar o hepatobiliar, y que el 23 de abril otra biopsia reveló carcinoma en el pulmón derecho, por lo que, con esos diagnósticos, reclamó las indemnizaciones previstas tanto en la cobertura de "Enfermedades graves" como en la de "Cáncer".

Sin embargo, la compañía aseguradora reconoció y pagó la primera el 31 de mayo de 2021 ($128.191.942), pero negó la segunda, alegando por primera vez que solo cubría melanoma maligno y cánceres primarios de seno o del aparato reproductor, exclusiones que, según la actora, jamás fueron incorporadas de forma válida al contrato.

El 21 de julio de 2021, por conducto de su apoderado, presentó reclamación extrajudicial solicitando la reconsideración de esa negativa; sin embargo, el 30 de julio de ese mismo año la aseguradora ratificó su objeción con los mismos argumentos, por lo cual la demandante afirmó que, al desconocer el pago del valor asegurado, la compañía incurrió en mora desde el 31 de mayo de 2021, lo que genera intereses moratorios conforme al artículo 1080 del Código de Comercio.

Agregó que, como el siniestro se configuró en la anualidad 2020-2021, la aseguradora no podía devengar primas por la cobertura en la vigencia 2021-2022 y debe restituir la suma de $1.140.854 cobrados por ese concepto.

1.2. Posición de la Parte Demandada.

Seguros de Vida suramericana S.A., afirmó que a la demandante no le asiste derecho porque el amparo de "Cáncer" pactado en la póliza quedó delimitado de forma taxativa a tres patologías a saber: melanoma maligno, cáncer primario del aparato reproductor y cáncer primario de seno, y los diagnósticos que presenta la asegurada (carcinoma metastásico en hueso sacro, tumores malignos de pelvis y columna, nódulo pulmonar, entre otros) no encajan en ninguno de esos eventos; por ende, el riesgo trasladado "nunca se realizó".

En el anterior contexto, dijo que la carga probatoria de la demandante se encuentra incumplida, pues a las voces del artículo 1077 del Código de Comercio, a la asegurada le correspondía demostrar que el siniestro cubierto se materializó y cuantificar la pérdida, y al no acreditar que sus patologías coinciden con las tres hipótesis protegidas, la obligación condicional de indemnizar "no ha nacido"; aunado a que los informes médicos aportados describen un carcinoma metastásico tratado como *"enfermedad grave"*, el cual ya fue indemnizado.

Afirmó que el condicionado general, donde consta la definición de la cobertura y sus exclusiones, fue efectivamente entregado al momento de la contratación y que la propia carátula de la póliza indicaba, con su denominación y fecha, cuál clausulado regía el contrato, de modo que el tomador podía identificarlo y consultarlo. Así mismo, invocó el artículo 6 literal b) de la Ley 1328 de 2009 para enfatizar que el consumidor financiero tiene el deber de informarse sobre las cláusulas limitativas, y recuerda que el artículo 1056 del Código de Comercio faculta al asegurador para asumir solo los riesgos que exprese y excluir los demás, normativa que exige resaltar en la carátula las exclusiones relativas a hechos o condiciones preexistentes, pero no obliga a reproducir allí la definición misma de la cobertura, distinción, según afirmó, respaldada por la jurisprudencia civil.

Agregó que, comoquiera que no se configuró el siniestro cubierto, no existe obligación insoluta y, por tanto, no proceden los intereses moratorios del artículo 1080 del Código de Comercio, la corrección monetaria, la devolución de la prima de los años 2021-2022, ni las indemnizaciones adicionales. En igual sentido, objetó el juramento estimatorio por falta de base probatoria.

En suma, la aseguradora se opuso a la demanda indicando que el tipo de cáncer alegado está fuera de la cobertura contratada, que la actora no acreditó la realización del riesgo conforme al estándar legal y que, en ausencia de obligación exigible, ninguna prestación económica es debida.

1.3. SENTENCIA RECURRIDA.

Mediante sentencia de primera instancia, el *a quo* acogió íntegramente la demanda, al concluir que la aseguradora incumplió su deber legal de información previa, y que en virtud de ello las cláusulas limitativas no podían hacerse valer frente a la asegurada; por tanto, declaró la ineficacia de dichas estipulaciones, reconoció la configuración del siniestro y ordenó el pago de la suma asegurada, intereses moratorios y devolución de primas, rechazando todas las excepciones formuladas

por la parte demandada.

Como fundamento de la anterior decisión, sostuvo la juzgadora que la aseguradora incumplió su deber legal de suministrar al tomador información clara, suficiente y anticipada sobre las coberturas, exclusiones y limitaciones del contrato. Para sustentar esta conclusión, tuvo en cuenta que el apoderado judicial de la aseguradora reconoció expresamente que el clausulado fue entregado *"en la concertación del contrato"*, es decir, en simultaneidad con su suscripción, lo cual no satisface el estándar exigido por la jurisprudencia de la H. Corte Suprema de Justicia[1], declaración que fue valorada como confesión judicial en los términos del artículo 191 del Código General del Proceso.

En el ámbito probatorio, el *a quo* verificó que las historias clínicas y biopsias incorporadas al expediente confirmaban que la señora Tobón Hernández fue diagnosticada, el 18 de marzo de 2021, con tumores malignos en el hueso sacro y, el 23 de abril de 2021, con carcinoma metastásico en el pulmón derecho, patologías que habían sido incluso reconocidas por la aseguradora cuando procedió a pagar una cobertura distinta, la de *"Enfermedades graves"*. El término "Cáncer", tal como aparecía en la carátula de la póliza, era amplio y no contenía referencia alguna a restricciones o limitaciones específicas, por lo que, a falta de prueba sobre la entrega válida y oportuna del clausulado con dichas exclusiones, el Despacho concluyó que el siniestro debía considerarse amparado.

Asimismo, el juzgado consideró que correspondía a la aseguradora demostrar que el clausulado había sido entregado previamente, en virtud del artículo 167 del Código General del Proceso. Sin embargo, no se allegó prueba documental contemporánea con la celebración del contrato (2015) que acreditara tal circunstancia. El testimonio del intermediario, Robinson Gutiérrez Quintero, fue desestimado con base en su falta de imparcialidad, dado que su remuneración dependía de las ventas de pólizas a nombre de Seguros de Vida Suramericana, y además porque los documentos que aportó eran posteriores (2016), lo cual debilitaba su valor demostrativo.

En cuanto a la supuesta legalidad del clausulado, el fallo precisó que no estaba en discusión la facultad de la aseguradora para delimitar el riesgo, sino la oponibilidad de tales delimitaciones cuando no fueron explicadas ni entregadas anticipadamente, conforme lo exige el artículo 37 del Estatuto del Consumidor.

[1] Véase Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil Sentencia SC-2879 de 2022; M.P. Luis Alonso Rico Puerta. y Sentencia SC1301-2022; M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

Sobre la mora y los intereses, el juzgado estableció que la aseguradora incurrió en incumplimiento desde el 31 de mayo de 2021, fecha en que se negó el pago de la cobertura de “Cáncer”, y en consecuencia ordenó el pago de intereses moratorios conforme al artículo 1080 del Código de Comercio, calculados a la tasa bancaria corriente aumentada en un 50 %, los cuales, al 10 de mayo de 2023, ascendían a $71.322.174. Igualmente, dispuso la devolución de $1.140.854 correspondientes a la prima de la vigencia 2021–2022, indexada a $1.366.845, y condenó a la aseguradora al pago de costas y agencias en derecho por valor de $14.652.064.

1.4. RECURSO DE APELACIÓN.

Inconforme con lo decidido, el apoderado judicial de la parte demandada interpuso recurso de apelación en el cual indicó los reparos concretos y realizó la sustentación ante esta instancia judicial.

1.5. REPAROS Y ESCRITO DE SUSTENTACIÓN DE LA PARTE DEMANDADA.

Valoración de las pruebas y aplicación de la sana crítica. El apelante argumentó que el juzgado de primera instancia desconoció las reglas de la sana crítica al valorar las pruebas presentadas, señalando que no se valoraron correctamente el interrogatorio de parte rendido por la demandante, Olga Lucía Tobón Hernández, ni los testimonios ni documentos aportados por la defensa.

En particular, destacó que el testimonio del agente de seguros Robinson Gutiérrez demostró que la demandante fue informada y asesorada antes de la contratación del seguro, y que le fueron entregadas las condiciones generales de la póliza, incluyendo las limitaciones de la cobertura de "Cáncer". Según el apoderado, el juzgado desestimó injustificadamente este testimonio bajo el argumento de que el testigo tenía un interés económico en la relación con la aseguradora.

Además, afirmó que el juzgado no valoró adecuadamente los indicios derivados de la conducta de la demandante, como el hecho de haber reclamado primero bajo la cobertura de "Enfermedades graves" y posteriormente bajo la cobertura de "Cáncer". Según el recurso, esta conducta evidenció que la demandante tenía conocimiento de las diferencias entre ambas coberturas y de las condiciones del seguro.

Delimitación de la cobertura de "Cáncer". El recurso subrayó que la cobertura de "Cáncer" estaba claramente delimitada en el contrato de seguro a tres tipos

específicos: melanoma maligno, cáncer primario del aparato reproductor masculino o femenino, y cáncer primario de seno en mujeres. Según el apelante, esta delimitación fue informada oportunamente a la demandante y se encontraba estipulada en las condiciones generales de la póliza, argumentando que la enfermedad diagnosticada a la demandante no correspondía a ninguno de estos tipos de cáncer, por lo que el siniestro no estaba amparado bajo los términos del contrato.

Además, indicó que el juzgado no tuvo en cuenta que la aseguradora tiene la facultad de delimitar los riesgos que está dispuesta a asumir, conforme al artículo 1056 del Código de Comercio, lo que fue aplicado en este caso al definir de forma específica los riesgos cubiertos por la póliza.

Declaración de ineficacia de las condiciones generales. El apoderado cuestionó que el juzgado declarara la ineficacia de las condiciones generales de la póliza, argumentando que estas no fueron entregadas ni explicadas de manera anticipada. Según el recurrente, las condiciones generales fueron entregadas y explicadas antes de la contratación inicial del seguro, lo cual fue corroborado por el testimonio de Robinson Yesid Gutiérrez Quintero.

El apelante criticó que el juzgado ignorara este testimonio y alegó que la decisión se basó en una interpretación errónea de las normas de protección al consumidor financiero. Según el recurso, la declaración de ineficacia de las condiciones generales fue infundada, ya que la demandante había reconocido la existencia del contrato y las coberturas en su demanda y en el interrogatorio de parte.

Errores en la aplicación de normas y jurisprudencia. El apoderado afirmó que el juzgado no aplicó correctamente disposiciones del Código de Comercio, en especial los artículos 1056 y 1072, que regulan la delimitación de los riesgos asegurados y la ocurrencia del siniestro. Así mismo, sostuvo que el juzgado desconoció el precedente jurisprudencial relacionado con la validez y eficacia de las condiciones generales en contratos de seguros.

En este sentido, el recurso alegó que el juzgado no analizó adecuadamente el marco normativo que regula los contratos de seguros y las obligaciones de las partes, lo que llevó a una interpretación equivocada de las condiciones de la póliza y a decisiones desfavorables para la aseguradora.

Intereses moratorios. El apelante cuestionó la condena al pago de intereses moratorios desde el 31 de mayo de 2021, argumentando que no se configuraron los

presupuestos necesarios para establecer mora en el pago. Según el recurso, la jurisprudencia establece que el cómputo de los intereses moratorios debe iniciar únicamente tras la ejecutoria del fallo que determine la responsabilidad de la aseguradora; además, se indicó que no se demostró la ocurrencia del siniestro bajo los términos pactados en el contrato, por lo que no existía una obligación indemnizatoria que generara mora.

1.6. Réplica de la parte demandante.

Solicitó mantener la condena proferida en primera instancia, argumentando que la aseguradora incumplió con su obligación legal de entregar y explicar las condiciones generales del contrato de seguro antes de su perfeccionamiento, conforme lo exigen los artículos 9 de la Ley 1328 de 2009 y 37 de la Ley 1480 de 2011. Según el interrogatorio de la demandante y las pruebas presentadas, no hubo entrega ni explicación previa de las exclusiones o limitaciones relativas a la cobertura de "Cáncer". Incluso, el testimonio del agente Robinson Yesid Gutiérrez Quintero confirmó que las condiciones generales fueron entregadas junto con la póliza, es decir, después de la perfección del contrato, lo que constituye una violación de las normas de protección al consumidor.

Así mismo, el apoderado cuestionó la credibilidad del testimonio del agente de seguros debido a su evidente dependencia económica de la aseguradora, ya que el 60% de sus ingresos provienen de esta relación comercial. Esta dependencia, señaló, podía influir en sus declaraciones para proteger los intereses de la aseguradora, lo que justificó la tacha por parcialidad, aunado a que el mismo testigo admitió que la supuesta explicación y entrega de las condiciones generales ocurrió una vez perfeccionado el contrato, lo que refuerza el incumplimiento normativo.

El apoderado refutó también la afirmación de la aseguradora de que la demandante había reclamado de forma separada las coberturas de "Enfermedades graves" y "Cáncer". Según su oposición, la demandante solicitó el pago de ambas coberturas de forma simultánea, sin embargo, la aseguradora reconoció únicamente el pago por la cobertura de "Enfermedades graves" el 31 de mayo de 2021 y negó injustificadamente la cobertura de "Cáncer", basándose en exclusiones que no habían sido informadas ni explicadas previamente.

Debido al incumplimiento de la aseguradora en la entrega anticipada y explicación de las condiciones generales, el apoderado señaló que las exclusiones alegadas por la aseguradora carecían de eficacia jurídica. Esto se sustentó en las normas de protección al consumidor, que declaran ineficaces las cláusulas no informadas

conforme a lo exigido por la ley, y rechazó el argumento de la aseguradora de que la demandante conocía las condiciones de la póliza desde el momento de su contratación, aclarando que cualquier entrega posterior no subsanaba el incumplimiento de las obligaciones precontractuales.

En cuanto a los intereses moratorios, el apoderado defendió la condena a su pago desde el 31 de mayo de 2021, fecha en que la aseguradora se negó a cubrir la cobertura de "Cáncer". Señaló que dicha negativa configuró mora y que el artículo 1080 del Código de Comercio establece que los intereses deben calcularse desde que el pago se hace exigible, aclarando que la sentencia no constituye el derecho de la demandante, sino que lo declara existente desde la negativa de la aseguradora.

Finalmente, el apoderado desestimó algunos reparos presentados en el recurso de apelación, como la supuesta violación de un precedente jurisprudencial. Señaló que la aseguradora no fundamentó adecuadamente este punto y se limitó a realizar afirmaciones genéricas sin citar sentencias específicas, por lo que solicitó que dicho argumento fuera descartado.

En conclusión, el apoderado de la demandante solicitó mantener la condena de primera instancia, argumentando que la aseguradora incumplió con las obligaciones legales de información y transparencia, lo que llevó a la ineficacia de las exclusiones invocadas. Además, defendió la condena al pago de intereses moratorios y consideró que los argumentos del recurso de apelación eran infundados y carecían de sustento probatorio.

II. CONSIDERACIONES.

2.1. Presupuestos procesales.

Analizada la actuación se cumple con los presupuestos procesales como son, competencia, capacidad para ser parte, capacidad procesal y demanda en forma, toda vez que, esta Corporación es competente para resolver el recurso, las partes son capaces, se encuentran debidamente representadas por apoderado judicial y no se observa vicio alguno que pueda generar nulidad, por lo que se decidirá de mérito.

2.2. Legitimación en la causa.

Respecto de la legitimación en la causa, sabido es que es una cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, “*en cuanto concierne con una de las*

condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de este"[2].

En el caso *sub examine* no cabe duda al respecto, ya que las partes se encuentran legitimadas para actuar. Por el extremo activo comparece Olga Lucía Tobón Hernández, tomadora y asegurada de la póliza de vida *"Sucapital Clásico No. 081003724792"*, quien reclama el pago de la suma asegurada por el riesgo de cáncer y las prestaciones accesorias derivadas del contrato; y por el extremo pasivo actúa Seguros de Vida Suramericana S.A., entidad que expidió la mencionada póliza y objetó la reclamación, de manera que ostenta plena capacidad para controvertir los hechos y pretensiones formulados en su contra.

De otra parte, es de observar que impone el Art. 320 del Código General del Proceso, que la apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, y sustentados en debida forma ante este, para que se revoque o reforme la decisión, siendo legitimado para interponerla la parte a la que haya sido desfavorable. En este caso, recurrió la parte demandada en virtud de la improsperidad de sus excepciones de mérito, quien oportunamente presentó sustentación de sus reparos en esta instancia, motivo por lo que a ellos en concreto deberá limitarse la Sala al resolver.

2.3. Problema Jurídico.

De conformidad con la prueba recaudada, los reparos concretos y su réplica, el problema jurídico que ha de considerar la Sala se contrae a determinar si, ¿Vulneró la Juez de primera instancia las reglas de la sana crítica, los parámetros de incorporación y oponibilidad de las cláusulas limitativas previstos en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y los precedentes jurisprudenciales de la H. Corte Suprema de Justicia, al (i) restarle credibilidad al testimonio del agente de seguros Robinson Yesid Gutiérrez Quintero, por su presunta parcialidad, (ii) declarar ineficaz la cláusula que restringía la cobertura de cáncer por falta de información previa y suficiente al tomador, y (iii) condenar a la aseguradora al pago

[2] Ver sentencia del 14 de marzo de 2002 Exp. 6139. M.P. Jorge Antonio Castillo Rugeles «la legitimación en causa, esto es, el interés directo, legítimo y actual del *"titular de una determinada relación o estado jurídicos"* (U. Rocco, Tratado de derecho procesal civil, T. I, Parte general, 2a reimpresión, Temis-Depalma, Bogotá, Buenos Aires, 1983, pp. 360), es cuestión propia del derecho sustancial, atañe a la pretensión y es un presupuesto o condición para su prosperidad. Por tal motivo, el juzgador debe verificar la legitimatio ad causam con independencia de la actividad de las partes y sujetos procesales al constituir una exigencia de la sentencia estimatoria o desestimatoria, según quien pretende y /rente a quien se reclama el derecho sea o no su titular...» CSJ SC de 1° de jul. de 2008, Rad. 2001-06291-01, reiterada SC2768-2019 de 25 de jul. de 2019, rad. 2010-00205-03).

de la suma asegurada, intereses moratorios del artículo 1080 del C.Co. y devolución de primas, pese a la facultad de delimitación del riesgo reconocida en el artículo 1056 del Código de Comercio?.

2.4. Marco normativo y jurisprudencial.

El contrato de seguro en Colombia se levanta sobre un andamiaje que combina la libertad técnica del asegurador con un régimen de transparencia reforzada a favor del tomador-beneficiario. En la cúspide, se halla la Constitución, los principios de buena fe objetiva[3] que imponen lealtad y claridad recíprocas, y de protección al consumidor[4] que proyectan un deber de información agravado en los convenios de adhesión, según ha recordado la H. Corte Constitucional al examinar la asimetría informativa propia del sector asegurador[5].

Ese deber se despliega normativamente en tres grandes ejes; el Código de Comercio[6] define los elementos esenciales, y en particular, concede al asegurador la facultad de "*asumir todos o algunos de los riesgos"*[7], fija la carga probatoria del siniestro (artículo 1077), y en el artículo 1080, erige un régimen especial de mora si, acreditado el siniestro, el pago no se satisface dentro de los treinta días siguientes, generando intereses moratorios bancarios corrientes aumentados en la mitad[8].

El segundo eje lo aporta el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en su artículo 184, que ordena que los amparos básicos y las exclusiones *"figuren, en caracteres destacados, a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida"*, para lo cual la Superintendencia Financiera desarrolló ese mandato en la Circular Básica Jurídica[9], exigiendo tipografía resaltada y constancia verificable de entrega.

El tercer pilar descansa en la legislación de consumo, por lo cual el Estatuto del Consumidor Financiero (Ley 1328 de 2009) obliga al vigilado a suministrar información *"cierta, suficiente, clara y oportuna"* sobre alcances, exclusiones y periodos de espera (artículos 9-11). A su vez, el artículo 37 de la Ley 1480 dispone que toda cláusula limitativa en un contrato de adhesión es ineficaz si no fue previamente puesta de presente de manera inequívoca.

A su turno, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia armonizó esos

[3] Artículo 83 C.N.
[4] Artículo 78 C.N.
[5] Corte Constitucional STC-8573-2020
[6] Artículos 1036-1139 del Código de Comercio
[7] Artículo 1056 del Código de Comercio.
[8] Artículo 1080 del Código de Comercio
[9] Circular Externa 029 de 2014 (y sus sucesivas actualizaciones).

textos, y en la sentencia SC 2879-2022 puntualizó que basta la visibilidad *"desde la primera página"* del condicionado general, por lo que exigir la trascripción en la carátula sería exceso ritual que desconoce la técnica de póliza por folios continuos.

"No se confuta que la interpretación que pretenda ubicar las exclusiones en la caratula de la póliza podría ser calificada de intransigente, dados los innumerables avances que desde la expedición de la norma se han presentado, en todos los órdenes, industriales, científicos, económicos, etc., habida cuenta que tal aparte, escasamente, permite registrar algunas condiciones de la póliza para su individualización y diferenciación del tipo de seguro otorgado, siendo por tanto plausible que el registro se haga en el "cuerpo" de dicho convenio, al existir la obligación de precisar cuáles son las condiciones generales y particulares, pero siempre que ello se dé "a partir" de la primera página.

Ciertamente, sin pasar por alto que, indiscutiblemente, debido a la estructura misma de las pólizas de seguros, que usualmente se componen de varios documentos, como son la caratula, las condiciones generales y las condiciones particulares, a la solicitud del tomador y en algunos eventos anexos vinculados a unas especialísimas circunstancias[10], no se puede, sin transgredir la voluntad del legislador y, sobre todo, sin afectar el derecho de los consumidores, dejar el concepto de "primera página" en una amplitud absoluta.

En efecto, existen algunos casos en los que, por la materia contratada, el número de amparos y de exclusiones que se conciertan, cuya descripción debe ser legible, clara y comprensible, no es posible condensar todas las exclusiones en una sola página, lo cual habilita para que puedan consignarse en las siguientes, pero de forma continua.

Tampoco se olvida que el artículo 1047 del Código de Comercio, al establecer el contenido de la póliza, indica que ésta debe contener, entre otras, las condiciones generales, los riesgos que toma la aseguradora y las condiciones particulares que acuerden los contratantes, señalando en su parágrafo que: «[E]n 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 Financiera para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo», lo cual permitiría entender que, incluso, podrían resultar admisibles exclusiones que consten en algún anexo, pero para ello este deberá estar por lo menos enunciado en esa primera página, para que pueda tenerse por satisfecho el deber de información ínsito en la exigencia en estudio.

[10] Artículo 1048 Código de Comercio.

Lo anotado en razón a que, conforme se indicó en precedencia, al tenor del artículo 1048 hacen parte de la póliza «[L]os anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza» y para que dichos anexos se puedan considerar como tales, deben identificar con contundencia la póliza que integran, amen que según el maestro Efrén Ossa[11] estos son «en todo caso accesorios a la póliza, sujetos a sus estipulaciones, como el contrato mismo, en todo aquello que escape a su propia órbita. Porque no hay duda de que recogen una nueva manifestación de voluntad, así sea circunscrita en su finalidad específica, posterior a la que aparece consignada en el documento principal, por lo cual prevalecen sobre este en caso de conflicto».”

Luego, en sentencia SC371-2023, explicó que lo decididamente relevante es el efecto material de la estipulación: si restringe la expectativa normal del consumidor, se somete al mismo estándar de incorporación sin importar que el asegurador la rotule como *“exclusión”*, *“periodo de espera”* o *“delimitación”*. De igual modo, estas sentencias reiteraron que la aseguradora soporta la carga de demostrar que entregó y explicó el clausulado antes de perfeccionar el contrato; de lo contrario, la cláusula es inoponible aunque exista físicamente.

2.5. Caso Concreto.

2.5.1. Abordando el caso objeto de estudio, censura el recurrente que el *a quo* declaró ineficaz la cláusula que restringe el amparo de “Cáncer”, aduciendo que tal decisión desconoce el artículo 1056 del Código de Comercio y la jurisprudencia que admite la delimitación contractual de los riesgos, sosteniendo que las condiciones generales del seguro, incluyendo exclusiones por enfermedades preexistentes o periodos de carencia, sí formaban parte del contrato y eran oponibles, aun si no aparecían literalmente en la primera página del clausulado.

Pues bien, el artículo 1056 del C.Co. consagra la libertad del asegurador, dentro de los límites legales, para asumir *“todos o algunos de los riesgos”* relativos al interés asegurado, lo cual significa que es válido pactar exclusiones de cobertura o restricciones, siempre que no contravengan normas imperativas ni dejen sin objeto el contrato; dicho de otro modo, la aseguradora puede delimitar contractualmente el riesgo, especificando cuáles eventos cubre y cuáles no, conforme a su arbitrio técnico y comercial, de allí que no pueda predicarse en abstracto la nulidad o ineficacia de las cláusulas de exclusión, dado que aquellas son figuras permitidas en nuestro ordenamiento, y necesarias para el equilibrio técnico del seguro, aunque

[11] Ossa G. J. Efrén. Teoría General del Seguro – El Contrato. Editorial Temis, Bogotá 1984 pág. 239.

la facultad de establecer exclusiones no exime al asegurador de los deberes formales y materiales de claridad y transparencia en su incorporación.

Ahora, al examinar el contenido de la póliza aportada por la aseguradora, se advierte que la cláusula que limita la cobertura por cáncer a tres tipos específicos, no se encuentra ni en la carátula ni en la primera página del clausulado general, ni mucho menos destacada de forma tal que permita identificarla fácilmente desde el inicio del contrato, y pudiera tenerse por satisfecho el deber de información. Por el contrario, dicha limitación aparece en un apartado posterior de las condiciones generales, bajo el título de “Anexo al Seguro de Vida Individual”, lo que impide su visibilidad inmediata y contradice el estándar normativo y jurisprudencial vigente.

Dicho incumplimiento formal, contrario a lo sostenido por el apelante, no puede ser subsanado con la sola existencia material de la cláusula dentro del texto del contrato, pues lo que se exige es su divulgación oportuna, clara y destacada desde el inicio del clausulado, para que el asegurado pueda conocer efectivamente el alcance real del amparo que contrata. Así lo ha precisado la Corte Suprema de Justicia, al señalar que lo decisivo no es la ubicación física de la cláusula en cualquier parte del contrato, sino su visibilidad y comprensión inmediata al momento de la contratación, requisito que, en este caso, no se encuentra satisfecho.

Ahora, debe analizarse si la aseguradora cumplió con los deberes de información y transparencia al momento de la contratación y durante la ejecución del contrato, punto que resulta crucial, pues la misma parte demandada arguye que la juez ignoró el Estatuto del Consumidor Financiero y el derecho sustancial aplicable.

En criterio de la Sala, dicha alegación más bien refuerza la necesidad de examinar el comportamiento de la compañía de seguros frente a las obligaciones de asesoría, explicación y advertencia que le imponían tanto la ley comercial como la normativa de protección al consumidor, porque, en efecto, la contratación de un seguro de vida con cobertura adicional de cáncer implica para el asegurador el deber de informar clara y detalladamente al tomador las condiciones del amparo y sus limitaciones, mismas que deben ponerse en conocimiento del asegurado de forma destacada y comprensible, garantizando que al adherir al contrato tenga plena conciencia de los eventos no cubiertos, pues la finalidad es tutelar el derecho a la información del consumidor y evitar la sorpresa o falta de entendimiento sobre la verdadera extensión de la cobertura.

La jurisprudencia ha sostenido que el incumplimiento de estos deberes de ilustración puede acarrear la inoponibilidad de las cláusulas limitativas no

divulgadas adecuadamente al asegurado, de manera que *"el asegurador deberá entregar el clausulado al tomador, explicándole suficiente y expresamente el contenido de la cobertura, exclusiones y garantías, so pena de que las condiciones sean consideradas ineficaces o no sean oponibles al asegurado"*. En otras palabras, la sanción por una deficiente comunicación de las exclusiones es que la aseguradora no pueda hacerlas valer en perjuicio del asegurado, pues este nunca prestó un consentimiento informado sobre ellas, lesionándose el principio de transparencia contractual.

Aplicado lo anterior, al caso sub judice, no hay evidencia que la asegurada conociera realmente al momento de celebrar el contrato la cláusula limitativa, pues con la prueba allegada al plenario la compañía demandada no acredita que hubiera entregado copia de dichas condiciones con anterioridad a la expedición de la póliza, ni que hubiera explicado verbalmente a la tomadora el alcance del amparo y sus restricciones, por el contrario, la señora Tobón Hernández afirmó que sólo le fue entregada la carátula o certificado del seguro, y que desconocía la existencia de un período de carencia o limitación para ciertos tipos de cáncer.

En ese sentido, el único testigo que refirió haber instruido a la tomadora y asegurada sobre las condiciones de la póliza fue, precisamente, el agente de seguros cuyo dicho se valoró con reservas por parte del *a quo*, temática frente a la cual sostiene el apelante que la falladora de primer grado valoró deficientemente la prueba testimonial y documental, contrariando las reglas de la sana crítica, al restar mérito al testimonio del señor Robinson Gutiérrez Quintero, quien afirmó haber entregado y explicado el clausulado.

Sin embargo, la Sala recuerda que el artículo 187 del Código General del Proceso impone al juzgador apreciar los medios de convicción conforme a la lógica, la ciencia y la experiencia, y que el artículo 211 ibídem exige ponderar la imparcialidad del declarante cuando existen vínculos que puedan comprometerla; de hecho, cuando el fallador omite advertir que un testigo es sospechoso, incurre en error de hecho por inobservancia de una circunstancia que afecta la objetividad de la prueba.

En el fallo censurado, la juez aplicó ese estándar probatorio al constatar que el declarante percibía comisiones de la aseguradora, quien afirmó que aproximadamente el sesenta por ciento de sus ingresos provenían de la venta y renovación de pólizas de la propia demandada, circunstancia que justifica un escrutinio riguroso. A dicha parcialidad se suma que el testigo fue contactado por el abogado de la compañía demandada apenas dos días antes de la audiencia, lo cual revela una preparación dirigida y refuerza el riesgo de sesgo cognitivo en el testigo,

quien incluso reconoció que su relación comercial podría verse afectada si no colaboraba con la versión patronal.

Aun prescindiendo de ese interés económico, el relato exhibe graves incoherencias internas, pues el agente asegura haber entregado físicamente la póliza y explicado la restricción del amparo de cáncer “en la primera visita” (julio de 2015), pero admite que no guarda recibo, acta, correo ni constancia de tal diligencia, y que su práctica habitual es no solicitar firma de recibido. De hecho, los únicos mensajes electrónicos que conserva datan del año de 2016, esto es, posteriores a la perfección del contrato, de suerte que ningún documento contemporáneo avala la supuesta entrega anticipada.

Así mismo, cuando se le instó a recrear con detalle la reunión inicial, vaciló aludiendo que se trataban de hechos ocurridos hacia diez años, pero si manifestó recordar con precisión lo que favorecía a la aseguradora, relativo a la limitación a tres tipos de cáncer, olvidando la fecha exacta, los medios de explicación empleados y el nombre completo del familiar que habría estado presente en la entrevista que sostuvo con la aquí demandante, a lo que se suma otra inconsistencia referente a que, aunque manifestó haber suministrado el clausulado completo en el año 2015, solo empezó a usar correo electrónico y WhatsApp para renovaciones un año después, sin justificar esa práctica diferenciada.

Tales vacíos refuerzan la conclusión del *a quo*, es decir, la declaración es indicativa pero objetivamente insuficiente sin respaldo documental, pues no se aportó formato de asesoría, constancia de entrega o trazabilidad electrónica, respecto de que la limitación fue puesta de presente al contratante antes de la emisión de la póliza, presupuesto indispensable para su oponibilidad, por tanto la censura del apelante queda desvirtuada, revelando que la juzgadora de primera instancia valoró el testimonio conforme a la sana crítica, ponderando la parcialidad del declarante, confrontando su dicho con la ausencia de corroboración objetiva, y exponiendo un razonamiento coherente y motivado, de tal suerte que no se advierte violación de los artículos 187 y 211 del Código General del Proceso.

Retomando el escrutinio del reparo concreto, la Sala concluye que la cláusula limitativa no supera el examen formal de incorporación al contrato, por tanto no resulta oponible a la asegurada debido a la deficiente información suministrada, pues permitir lo contrario equivaldría a sancionar al consumidor financiero por una omisión en la que no incurrió, y premiar a la aseguradora que no desplegó la diligencia esperada para cerciorarse de que su cliente comprendiera lo que estaba contratando.

Se reitera que el principio de la buena fe objetiva[12] impone deberes de lealtad y claridad a la parte profesional experta, en este caso, la compañía de seguros, en la fase de formación y ejecución del contrato, por lo que si tales deberes se incumplen y con ello se frustra el derecho del asegurado a conocer las exclusiones, la consecuencia jurídica es la ineficacia de estas cláusulas en concreto, por falta de consentimiento debidamente informado.

En conclusión, la cláusula de exclusión o limitación de cobertura por cáncer no puede hacerse valer contra la asegurada Olga Lucía Tobón Hernández en este litigio, toda vez que la aseguradora no demostró haber cumplido la carga de explicitarla y resaltarla al contratar, así que la obligación principal de indemnizar, esto es, pagar la suma asegurada pactada para el riesgo de cáncer, permanece incólume, al no acreditarse una excepción válida basada en dicha cláusula.

2.5.2. De otra parte, criticó el apelante que la conducta de la señora asegurada estaría en contradicción con su reclamación, configurándose la doctrina de los actos propios (venire contra factum proprium), indicando la recurrente que la tomadora habría aceptado tácitamente las condiciones del seguro, incluyendo las limitaciones ahora discutidas, al suscribir el contrato, pagar las primas correspondientes y no objetar inicialmente la exclusión, por lo que no podría desconocer esas estipulaciones a su favor.

Pues bien, la teoría de los actos propios, derivada de la buena fe, impide que una persona adopte una conducta jurídica contradictoria con una anterior suya en la que otro confió y de la cual se derivaron efectos jurídicos, y para que opere esta doctrina, se requiere que exista un acto inequívoco del sujeto que genere una situación objetiva y luego un comportamiento posterior incompatible, causando un perjuicio a la contraparte.

En el presente caso, no se acreditan esos presupuestos en cabeza de la asegurada dado que, en primer lugar, no puede considerarse “acto propio” inadmisible el simple hecho de haber suscrito la póliza de adhesión y pagado las primas, ya que ello constituye el cumplimiento normal del contrato, mas no una manifestación de voluntad autónoma acerca de la validez de cláusulas ocultas o no informadas; en ese orden, la asegurada actuó bajo la presunción legítima de que contaba con una cobertura por cáncer conforme a lo publicitado, sin sospechar de exclusiones no destacadas frente a ella.

[12] Artículos 83 de la C.N. y 1603 del C.C.

De otra parte, no hay evidencia que en algún momento la señora Tobón hubiera reconocido voluntariamente la aplicabilidad de la cláusula limitativa, y por el contrario, tan pronto tuvo conocimiento efectivo de la negativa de cobertura, acudió a reclamar sus derechos, lo que revela coherencia en su proceder, por tanto tampoco se configura la supuesta contradicción temporal en la conducta de la actora, máxime cuando la apelante no señala un comportamiento inicial de la asegurada aceptando la exclusión que ahora esté negando, pues si al presentar la reclamación judicial la señora Olga Lucía peticionó el pago total del seguro, es porque desde el inicio estimó tener ese derecho, de allí que no haya evidencia de que antes hubiera adoptado una posición jurídica distinta.

Aun, si la aseguradora pretendiera fundar un indicio en el hecho de que, en la reclamación extrajudicial de mayo de 2021, la asegurada pidió únicamente la indemnización por “Enfermedades Graves”, ese planteamiento resulta igualmente inocuo, dado que la reclamación parcial de un derecho no tiene esa virtualidad, ni existe impedimento para que el tomador pueda gestionar los amparos contratados de forma escalonada, máxime cuando la entidad no ha demostrado que la señora Tobón conociese efectivamente la limitación oncológica al momento de tal petición, por ende, la inferencia propuesta carece de univocidad y de la aptitud para generar confianza legítima, de modo que no desplaza la carga que grava a la aseguradora de probar que informó clara y anticipadamente la cláusula.

En suma, no se verifica un “acto propio” previo incompatible con la pretensión indemnizatoria, por ende, mal podría aplicarse en su contra el principio reclamado, pues no ha existido conducta suya capaz de generar en la aseguradora una expectativa legítima distinta al cumplimiento del contrato en los términos entendidos de buena fe. Vale la pena recordar, además, que la buena fe contractual tiene un doble efecto, por el cual exige al asegurado lealtad en sus actos, pero igualmente impone al asegurador observar la debida rectitud e informar con claridad.

En consecuencia, el reparo decae frente a los hechos probados.

2.5.3. Ahora, la sentencia apelada condenó a Seguros de Vida Suramericana S.A. al pago de intereses moratorios sobre la suma asegurada, calculados desde la fecha en que, según la demanda, la obligación devino exigible tras la reclamación extrajudicial, lo cual es objeto de censura por la recurrente al tachar de improcedente dicho cómputo, sosteniendo que los intereses de mora sólo serían exigibles a partir de la sentencia de condena.

Pues bien, el artículo 1080 del Código de Comercio consagra expresamente que,

en el contrato de seguro, *"si el asegurador no cumpliere su obligación de pagar la indemnización debida dentro del mes siguiente a la fecha en que el siniestro y la cuantía de la pérdida le hayan sido acreditados, deberá pagar intereses moratorios"*. Se trata, por tanto, de un régimen especial de mora aplicable a las aseguradoras, orientado a estimular el pronto pago de las prestaciones debidas una vez el siniestro ha sido demostrado, temática desarrollada por nuestro máximo Tribunal, explicando los tres escenarios que la norma prevé para el cómputo de los intereses moratorios en materia de seguros, dependiendo de cuándo queda acreditado el siniestro y su monto:

(i) Si el tomador, asegurado o beneficiario prueba el siniestro y la cuantía de la pérdida de manera completa en sede extrajudicial, los intereses corren desde el mes siguiente a esa acreditación, conforme al artículo 1077 del C.Co. y la regla general del artículo 1080 ibídem.

(ii) Si la aseguradora objeta la reclamación y solo durante el proceso judicial se logra probar la ocurrencia del siniestro o determinar con exactitud la cuantía de la pérdida, los intereses moratorios se causarán a partir de la ejecutoria de la sentencia que establece la obligación de pago.

(iii) Si con la reclamación se demostró el siniestro, pero el valor exacto de la indemnización requirió complemento probatorio dentro del proceso (por ejemplo, cálculo judicial de perjuicios, avalúos, etc.), los intereses corren desde la notificación del auto admisorio de la demanda al asegurador, pues a partir de entonces este quedó constituido en mora sobre lo principal que ya debía, aunque la cuantificación definitiva sobrevenga en juicio.

En el presente litigio, resulta claro que aunque nos encontramos ante el segundo escenario, pues la aseguradora demandada objetó la reclamación, la obligación cuyo pago se ordena es la suma asegurada fija pactada en la póliza ($128.201.754) al ocurrir el siniestro cubierto (diagnóstico de cáncer). En ese orden, la ocurrencia del siniestro y el monto de la prestación quedaron demostrados extrajudicialmente desde que la actora presentó su reclamación ante la compañía aseguradora, acompañando los informes médicos y demás documentos requeridos, frente a los cuales la aseguradora no negó el diagnóstico ni cuestionó el valor asegurado, pues su negativa de pago se fundó únicamente en la aplicación de la cláusula de exclusión, asunto jurídico que, como se vio, le resulta adverso.

En tal virtud, se tiene que, para la fecha en que la compañía rehusó la solicitud de pago arguyendo la exclusión, ya obraban en su poder los elementos suficientes para

haber efectuado el pago del amparo, de no mediar su posición luego desvirtuada. En consecuencia, conforme al artículo 1080 del C.Co., la aseguradora incurrió en mora un mes después de la fecha en que la prestación debía cumplirse tras la reclamación inicial, sin que exista razón válida para diferir el cómputo de intereses moratorios a partir de la época de la sentencia, pues hacerlo equivaldría a premiar la renuencia injustificada de la entidad demandada, desconociendo el carácter remuneratorio-reparatorio de tales intereses.

Así las cosas, la excepción prevista en la jurisprudencia para el segundo escenario, intereses desde la sentencia cuando solo allí se prueba el siniestro, no aplica en este caso, pues la prueba del siniestro fue aportada oportunamente, de tal suerte que la aseguradora asumió el riesgo de su propia contumacia al negarse a pagar en sede administrativa, y por tanto, se confirma que la condena al pago de intereses moratorios desde la fecha señalada en la sentencia recurrida, la cual se encuentra ajustada a derecho.

En síntesis, no prospera este reparo del apelante.

2.5.4. Finalmente, en punto a la consignación voluntaria efectuada por Seguros de Vida Suramericana S. A. durante el trámite de la alzada por valor de $254.896.745, con la precisión de que *“no implica desistimiento del recurso”*, la Sala advierte que dicho acto no modifica la suerte del litigio ni extingue la mora ni el derecho controvertido, por las razones que se exponen:

En efecto, la sentencia recurrida fue impugnada en efecto devolutivo, y por mandato del artículo 323-3 del Código General del Proceso, los dineros consignados en virtud de la condena no pueden entregarse al acreedor sino hasta que la alzada quede decidida, por tanto, mientras subsista la instancia superior, la demandante carece de disponibilidad real sobre la suma consignada y, por ende, el depósito no opera como pago liberatorio pleno.

Aunque la aseguradora la rotula como «pago» y solicita el retiro inmediato de los dineros, lo cierto es que, jurídicamente, se trata de una caución voluntaria destinada a paralizar medidas cautelares y a garantizar la eventual satisfacción del fallo definitivo, por tanto su eficacia extintiva está condicionada a la ratificación de la condena y a que el acreedor pueda percibir efectivamente la suma.

Conforme al artículo 1080 del C.Co., la mora del asegurador cesa cuando pone la indemnización a libre y segura disposición del asegurado, por lo que mientras un obstáculo legal o procesal, en este caso, impida al beneficiario disponer del dinero,

la consignación no surte efectos liberatorios, de ahí que los intereses moratorios continúen devengándose hasta la fecha en que, una vez en firme la sentencia, el despacho de primera instancia autorice el giro y el acreedor pueda recibir la prestación.

En síntesis, la consignación realizada durante este trámite no enerva los réditos accesorios de la obligación, y el depósito judicial deberá conservarse hasta la ejecutoria de esta providencia, aclarando que los intereses moratorios deberán liquidarse hasta el momento en que el valor consignado quede a plena disposición de la demandante.

Corolario de lo manifestado no prosperan ninguno de los reparos concretos formulados en el recurso de apelación, por lo que,

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO, LA SALA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY;

RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia de fecha y procedencia prenotadas, dentro del proceso de la referencia, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. CONDENAR en costas de esta instancia a la parte demandada, para lo cual se fija como agencias en derecho la suma de un (1) S.M.M.L.V., de conformidad conlo previsto en el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 5 de agosto de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura. Dichas costas serán liquidadas conforme el Art. 366 del Código General del Proceso.

Ejecutoriada la presente providencia, **DEVUÉLVASE** el expediente al juzgado de origen.

Notifíquese,

(Firmado Electrónicamente)
JOSE DAVID CORREDOR ESPITIA
Magistrado

(En uso de permiso)
JULIAN ALBERTO VILLEGAS PEREA
Magistrado

(Firmado Electrónicamente)
FLAVIO EDUARDO CÓRDOBA FUERTES
Magistrado

Firmado Por:

Jose David Corredor Espitia
Magistrado
Sala 007 Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

Flavio Eduardo Cordoba Fuertes
Magistrado
Sala 003 Civil
Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12
Código de verificación:
591b3b600ee4daade01e10cb4dff32a42e528664f07e64966b358911508b0d30
Documento generado en 17/07/2025 08:45:32 AM
Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica