

TEMA: CONDICIONES DE PÓLIZAS DE SEGUROS - Compañías de seguros tienen el deber legal de informar a los tomadores de forma suficiente y previa los condicionamientos particulares de la póliza que adquieren, especialmente los amparos básicos y exclusiones y, es dable acreditar el cumplimiento de tal deber con la entrega de la póliza de forma física o digital. En materia de seguros rige la interpretación restrictiva “por obra de cláusulas claras y expresas” y en este caso la póliza da cuenta de dos amparos que, pese a haberse diseñado a partir de la misma definición del cáncer, comprendieron coberturas diversas al haber diseñado de manera distinta la exclusión, de tal forma que, en virtud de la claridad del clausulado frente al diagnóstico de la demandante, el amparo por cáncer está excluido y el diagnóstico de enfermedad grave está cubierto. /

HECHOS: La señora (MMCO) Pretende se declare que la compañía de Seguros de Vida Suramericana S.A., es civil y contractualmente responsable de pagar los valores asegurados en las coberturas “Enfermedades Graves” Cáncer” contenidas en la póliza individual No. 08100XXXXXXX y, en consecuencia, se le condene al pago de \$952'812.800 e intereses moratorios en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, liquidados desde el 4 de agosto de 2023. el Juzgado de origen estimó probada la excepción denominada “Ausencia de cobertura de la póliza” y, consecuentemente desestimó íntegramente las pretensiones de la demanda. Corresponde a la Sala establecer si acertó la primera instancia al desestimar las pretensiones por hallar probada la ausencia de cobertura de la póliza o, si por el contrario procede la afectación del contrato de seguro por estar demostrada la configuración del riesgo amparado.

TESIS: En términos del artículo 1036 del Código de Comercio “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”. (...) Pese a ser por definición el contrato de seguro consensual, la misma jurisprudencia ha reconocido que, en la práctica, la actividad aseguradora se ejerce “a gran escala”, ello implica que las condiciones contractuales se encuentran pre establecidas por la compañía de seguros, por ello, su clausulado no responde puramente a un acuerdo de partes, ya que el asegurado se limita a aceptar o rechazar los condicionamientos pre establecidos por el asegurador, por esto, se han instituido mecanismos de protección que garanticen la adecuada información del asegurado de las condiciones particulares del seguro que adquiere. (...) Las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011 desarrollan deberes y obligaciones en cabeza de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera en punto de las formalidades que se deben cumplir en los contratos de adhesión, incluido el de seguro, entre ellos preceptúa la forma en que deben redactarse los amparos básicos y exclusiones. (...) la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2879 de 2022, indicó: “Con el propósito señalado, obra, entre otras disposiciones, el artículo 37 del Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011), conforme al cual en los contratos de adhesión se debe informar previamente al contratante con suficiencia y claridad la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales, que deben ser redactadas en forma clara, completa y concreta. Respecto al contrato de seguro exige expresamente que «el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías». (...) La labor hermenéutica que compete al juez no es absoluta, pues la ley civil consagra lineamientos que guían su ejercicio, particularmente, los artículos 1618, 1620, 1621, 1622 y 1624, aplicables en materia comercial por expresa disposición del canon 822 de la Ley Comercial. (...) Bajo este entendimiento se ha erigido que “la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas”, por lo cual, los hechos constitutivos de exclusión deben encuadrar sin ambigüedades en la estipulación contractual, que por natura, debe relacionar de manera diáfana “las circunstancias que le permiten exonerarse la obligación de asumir la indemnización que le corresponde, motivo por el cual, atendiendo a los deberes de claridad y

precisión que le son exigibles, no le es dado intentar subsumir hechos no previstos puntualmente como tales". (...) de forma inequívoca se establecieron como proformas contentivas de las condiciones del seguro en los amparos contratados: i) F14-11-0081-701 (Vida) y ii) F-14-11-0081-700 (Enfermedades graves). Tal estipulación se encuentra contenida en la carátula de la póliza que dijo conocer la demandante y por ello, en aplicación de los lineamientos del parágrafo único del artículo 1047 del Código de Comercio, son tales estipulaciones las que marcaran el derrotero del análisis del clausulado de la póliza." (...) Contrario a lo sostenido por la recurrente en este particular caso, emerge acreditado el cumplimiento del deber de información, pues se demostró, con el dicho del testigo (DER) y el reconocimiento de la misma demandante, que se le entregó a la asegurada la carátula y condicionado de renovación de la póliza para la vigencia 2023-2024. La demandante en audiencia reconoció haber recibido la carátula de la póliza renovada, affirmando que no leyó los condicionamientos pues en la carátula se incluye el amparo por cáncer, que era el riesgo que le interesaba asegurar. (...) Es dable concluir que la forma en que se presentaron los condicionamientos generales de la póliza incluidos amparos y exclusiones, aunque novedosa, se ajusta a los lineamientos legales y jurisprudenciales y cumple con la finalidad de informar a la tomadora quien reconoció haber recibido la carátula que a su vez contenía la póliza, por lo que habrá de confirmarse en este sentido la decisión. (...) Emerge diáfano del contrato, que es Ley para las partes, que dentro del amparo por cáncer se excluyó expresamente la cobertura del melanoma maligno en estadio T1A que es justamente la clasificación de la patología de la demandante y ello conlleva sin más a desechar los reparos de la apelante en este sentido. Sin embargo, en lo que respecta al amparo por enfermedades graves cáncer y leucemia, se estableció como exento de cobertura. (...) tras observar el contenido de las exclusiones en el componente cáncer se advierte que aquellas tienen una diferencia sustancial y coyuntural que impide que ambos amparos corran la misma suerte y es que, en el amparo por enfermedades graves se estableció la no cobertura de ningún tumor maligno de piel "a excepción del melanoma maligno invasivo" y ello implica inequívocamente que de la patología no cubierta (tumor maligno de piel) expresamente se consagró una excepción, que corresponde precisamente al diagnóstico de la paciente: melanoma maligno invasivo, excepción que no fue limitada al estadio. En otras palabras, en el amparo por enfermedades graves todo melanoma maligno invasivo, con independencia del estadio, clasificación Breslow, Clark, ulceración o presencia de metástasis se encuentra cubierto. (...) Las compañías de seguros tienen el deber legal de informar a los tomadores de forma suficiente y previa los condicionamientos particulares de la póliza que adquieren, especialmente los amparos básicos y exclusiones y es dable acreditar el cumplimiento de tal deber con la entrega de la póliza, entrega que podrá efectuarse de forma física o digital. En este caso se acreditó la entrega de la póliza que atiende tales exigencias y por tanto se cumplió el deber de información. (...) En materia de seguros rige la interpretación restrictiva pues "la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas" y en este caso la póliza da cuenta de dos amparos que, pese a haberse diseñado a partir de la misma definición del cáncer, comprendieron coberturas diversas al haber diseñado de manera distinta la exclusión, de tal forma que en virtud de la claridad del clausulado frente al diagnóstico de la demandante, el amparo por cáncer está excluido, pero el diagnóstico por enfermedad grave está cubierto y ello amerita revocar parcialmente la sentencia para su efectividad.

MP: SERGIO RAÚL CARDOSO GONZÁLEZ

FECHA: 23/01/2026

PROVIDENCIA: SENTENCIA

SALVAMENTO DE VOTO: JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA PRIMERA CIVIL DE DECISIÓN

Lugar y fecha	Medellín, 23 de enero de 2026
Proceso	Declarativo – RCC
Radicados	05001310300620230051001
Demandante	MÓNICA MARÍA CIPAGAUTA OBANDO
Demandada	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Providencia	Sentencia
Tema	<p>Compañías de seguros tienen el deber legal de informar a los tomadores de forma suficiente y previa los condicionamientos particulares de la póliza que adquieren, especialmente los amparos básicos y exclusiones y, es dable acreditar el cumplimiento de tal deber con la entrega de la póliza de forma física o digital.</p> <p>En materia de seguros rige la interpretación restrictiva <i>“por obra de cláusulas claras y expresas”</i> y en este caso la póliza da cuenta de dos amparos que, pese a haberse diseñado a partir de la misma definición del cáncer, comprendieron coberturas diversas al haber diseñado de manera distinta la exclusión, de tal forma que, en virtud de la claridad del clausulado frente al diagnóstico de la demandante, el amparo por cáncer está excluido y el diagnóstico de enfermedad grave está cubierto.</p> <p>Los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, solo podrán reconocerse a partir de la notificación de la sentencia cuando es tan solo agotado el debate jurisdiccional que logra acreditarse la configuración del siniestro y la consecuencial cobertura de la póliza.</p>
Decisión	Revoca parcialmente y confirma
Ponente	Sergio Raúl Cardoso González

Decide la Sala la apelación de la sentencia proferida el 2 de julio de 2024 por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Medellín en el proceso de la referencia.

1. ANTECEDENTES.

1.1 DEMANDA¹.

Pretende se declare que la compañía de seguros demandada es civil y contractualmente responsable de pagar los valores asegurados en las coberturas “ENFERMEDADES GRAVES” y “CÁNCER” contenidos en la póliza individual No. 081004321433 y, en consecuencia, se le condene al pago de \$952'812.800 e intereses moratorios en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, liquidados desde el 4 de agosto de 2023.

Relató, que en calidad de tomadora, asegurada y beneficiaria adquirió el 3 de enero de 2020 póliza de vida No. 0810089312531 con Seguros de Vida Suramericana S.A., que cubrió, entre otros, el riesgo por “CÁNCER” y “ENFERMEDADES GRAVES”, con un valor asegurado de \$238'203.200 y \$714'609.600, respectivamente, póliza que se renovó anualmente hasta el 3 de enero de 2024.

Añadió que, en vigencia del contrato se le diagnosticó “MELANOMA MALIGNO INVASOR BRESLOW 0.3 MM CLARK II SIN ULCERACIÓN” y, en atención médica del 16 de junio de 2023 se indicó como diagnóstico preoperatorio y postoperatorio “melanoma maligno del miembro superior incluido el hombro”, se procedió al retiro del tumor localizado “incluido todo el tejido celular subcutáneo” y se le prescribió incapacidad laboral por veinte (20) días.

Refirió que con el objeto de afectar la póliza en los mencionados amparos, el 4 de julio de 2023 presentó reclamación ante Seguros de Vida Suramericana S.A., acompañada de historia clínica que daba cuenta de la ocurrencia del siniestro, sin embargo, la compañía de seguros objetó la reclamación el 3 de agosto de 2023, argumentando que “El melanoma maligno en

¹ Ver archivo 001DemandaConAnexos

estadio IA O MENOR (T1a NOMO), es decir de tamaño inferior a 1 mm representa una exclusión de cobertura de póliza” como se desprende de informe de inmunohistoquímica del 26 de mayo de 2023.

Alegó, que de existir la referida exclusión aquella no fue explicada a la asegurada, que no existe constancia de que se le hayan entregado el clausulado, ni se le informó que el amparo por “CÁNCER” no cubría el “*el melanoma maligno en estadio IA (T1 a NOMO), o sea menor de 1 mm*”, por el contrario, de conformidad con las condiciones del contrato se entiende excluido el carcinoma nivel 1, pero, el que afectó a la demandante es “CLARK II” lo cual significa que comprometió la dermis y epidermis, resultando incumplidos los requisitos necesarios para que opere la exclusión.

1.2 CONTESTACIÓN².

Seguros de Vida Suramericana S.A., aclaró preliminarmente que el diagnóstico que presenta la asegurada -*melanoma maligno*- es considerado un tipo de cáncer de piel cuya gravedad se mide por los parámetros BRESLOW, CLARK y ULCERACIÓN y que, de la historia clínica de la paciente se concluye que el melanoma de la señora Cipaguata Obando es BRESLOW 0.3 milímetros CLARK II sin ULCERACIÓN, lo cual lo ubica en un estadio T1A que no tiene cobertura en la póliza No. 0810089312531, pues se encuentra excluido tanto en el amparo ENFERMEDADES GRAVES como CÁNCER.

Seguidamente, reconoció la existencia y términos del contrato de seguro, explicó sus exclusiones, dijo no constarle la asistencia de la demandante a Aurora Centro Especializado de Cáncer de Piel,

² Ver archivo 005ContestacionDemandaNexos

ser cierto el diagnóstico referido en la demanda y la reclamación directa, así como su objeción el 3 de agosto de 2023, reiterada el 21 de noviembre del mismo año y, que las exclusiones reposan en el clausulado de la póliza que fue aportado con la demanda. Objeto el juramento estimatorio, se opuso a las pretensiones y formuló como excepciones:

- “*Ausencia de cobertura de la póliza*”, porque el amparo CÁNCER excluye, entre otros, la cobertura de “*b) Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo y también todos los carcinomas in situ o no invasivos, tampoco tendrá cobertura cualquier displasia, hiperplasia atípica o necrosis grasa, ni el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aNOM0), a menos que haya evidencia de metástasis*”. Por su parte, en el amparo ENFERMEDADES GRAVES se excluyó la cobertura de “*Cáncer in situ o no invasivos, cualquier displasia, hiperplasia atípica o necrosis grasa, tampoco el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aNOM0), a menos que haya evidencia de metástasis, tampoco tendrá cobertura ningún tumor maligno de piel a excepción del melanoma maligno invasivo*”, por lo cual, el tipo de cáncer “*MELANOMA MALIGNO INVASOR BRESLOW 0.3MM CLARK II SIN ULCERACIÓN en ESTADIO T1A*” se encuentra excluido de la póliza de seguro No. 0810089312531.
- “*Límite del valor asegurado*”, que para el amparo CÁNCER corresponde a \$283'203.200 y en el amparo ENFERMEDADES GRAVES a \$714'609.600.
- “*Improcedencia de los intereses moratorio-reclamados*”, toda vez que en este caso se realizó oportunamente objeción fundada y justificada a la reclamación, por lo tanto, en caso

de condena los intereses moratorios solo podrán calcularse desde la ejecutoria de la correspondiente sentencia.

1.3 RÉPLICA A LA CONTESTACIÓN.

Vencido el correspondiente traslado³ no hubo réplica a la contestación.

1.4 PRIMERA INSTANCIA⁴.

Mediante sentencia del 2 de julio de 2024⁵, el Juzgado de origen estimó probada la excepción denominada “*Ausencia de cobertura de la póliza*” y, consecuentemente desestimó íntegramente las pretensiones de la demanda.

Para arribar a esta determinación el *a quo*, luego de efectuar un recuento de los contornos del litigio, expuso las reglas generales en materia de contratos establecidas en los artículos 1494 y 1495 del Código Civil en concordancia con los cánones 1500 y 1501 de la Ley Comercial, resaltó la necesidad de la distinción entre contratos civiles y comerciales, conceptuó el contrato de seguro con fundamento en el artículo 1037 y siguientes del Código de Comercio, aludió a las reglas que rigen el sector asegurador y, destacó que como parámetro básico a tener en cuenta en los asuntos en que se debate el incumplimiento contractual se tiene el artículo 1546 de la Ley Sustancial Civil y, para la interpretación de dichas convenciones, los cánones 28, 29, 30 y 1618 y siguientes *ibidem*; por último, aludió a los lineamientos que consagran el régimen probatorio en materia civil⁶.

³ Ver archivo 006PlanillaTraslado04-03-2024

⁴ Ver archivos 054AudienciaSentencia/055ActaAudiencia

⁵ Ver archivo 25Audiencia2JuL2024(7)

⁶ Ibid. Minuto 0:05 a 55:10

Seguidamente encontró probada la existencia y amparos de póliza de vida individual No. 081004321433 otorgada por la Aseguradora, que fungió como tomadora y asegurada la demandante, esto de conformidad con la prueba documental obrante en el plenario, y el acuerdo que frente al particular efectuaran las partes en la etapa de fijación del litigio, sin embargo precisó que no se “*acordaron*” de forma expresa las coberturas de “*cáncer y enfermedad general*”, por lo cual se remitió al contenido de la póliza para determinar el alcance del seguro. En orden a ello, acudió al acápite “*cobertura principal y exclusiones específicas*”, del cual resaltó con relación a las exclusiones en ambos amparos: “*no tendrá cobertura ... el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aNOM0), a menos que haya evidencia de metástasis, tampoco tendrá cobertura ningún tumor maligno de piel a excepción del melanoma maligno invasivo*”.

Luego, con fundamento en los documentos médicos adosados determinó que para mayo de 2023 se diagnosticó a la demandante con “*melanoma maligno invasor*”, mismo que le fuera retirado por especialista en dermatología y, según explicó Cipagauta Obando, posteriormente en Aurora Centro Especializado de Cáncer de Piel se le realizó un “*barrido de la piel hasta el tendón*”, con lo cual se erradicó hasta la fecha el cáncer que la afectó. De otro lado, con fundamento en la declaración de los médicos Johanna Melisa Montes Palacio, David Ernesto Rocha y Reinhard Rodríguez Schotborgh, concluyó que el diagnóstico específico de la demandante corresponde a un “*MELANOMA MALIGNO INVASOR BRESLOW 0.3MM CLARK II SIN ULCERACIÓN en ESTADIO T1A*”, que efectivamente no tuvo metástasis y después del melanoma *in situ* es el de menor gravedad con una tasa de sobrevivencia del 90%.

Consideró que en la póliza no se definió lo que se entendería por cáncer y enfermedad grave, por lo cual procedió a conceptuarlos con fundamento en lineamientos de la OMS y del Ministerio de Salud y Protección Social y, al pasó determinó que el clausulado de la póliza en punto de las exclusiones no resulta ambiguo, ya que de su lectura se desprende que el tipo específico de cáncer que afectó a la demandante solo tendría cobertura en caso de presentarse un proceso metastásico, que no ocurrió según precisaron los tres (3) galenos que comparecieron al proceso, además es claro el contrato al determinar que la cobertura requiere del diagnóstico de un tipo de cáncer de una “*gravedad o malignidad*” superior al que aquejó a la asegurada, adicionalmente, estimó que concretamente el amparo para “*enfermedad grave*” comprendía aquellas circunstancias que pusieran en riesgo la salud o la vida del asegurado de conformidad con la “*filosofía*” del seguro contratado y el mismo entendimiento de la demandante.

Por último, concluyó que los términos y condiciones de las exclusiones se encuentran detalladas de forma visible en el texto del contrato, sin que pueda entenderse que del mismo se desprende la cobertura a “*todo tipo de melanoma maligno invasivo*”, como pretende hacer ver la parte actora, pues de forma diáfana se excluye entre otros el ubicado en estadio T1A y, que no podría considerarse la falta de información a la tomadora ya que, se acreditó la remisión de los términos del contrato, sin embargo, la misma asegurada reconoció “*no haberle dado importancia*”, estimando que en la carátula se encontraba detallado el amparo que a ella interesaba por sus antecedentes familiares -cáncer-, en suma, el médico David Ernesto Rocha ilustró con relación a la apertura de la misiva por medio de la cual se remitió a la demandante las condiciones de renovación de la póliza para el periodo 2023-2024, con lo cual

reiteró la primera instancia su conocimiento de los condicionamientos del seguro.

1.5 TRÁMITE DE LA APELACIÓN.

La sentencia de primera instancia fue proferida en audiencia y notificada por estrados e inmediatamente fue apelada por la demandante. La alzada fue admitida mediante auto del cinco (5) de agosto de 2024⁷ y, se dio aplicación al artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, concediéndole a las partes la oportunidad para sustentar y replicar el recurso, derecho del cual hicieron uso ambas partes.

2. CONTROL DE LEGALIDAD Y COMPETENCIA DEL SUPERIOR.

En atención a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 42 y en el artículo 132 del CGP, se aprecian reunidos los presupuestos procesales para emitir sentencia porque se verificó la demanda en forma y su trámite adecuado, la competencia del juez, la capacidad para ser parte y acudir al proceso respecto de los extremos del litigio, debiéndose destacar que no se advierten vicios ni irregularidades que configuren nulidad.

Por disposición del artículo 328 de la misma obra, el análisis se circunscribirá a los motivos de inconformidad expuestos por la parte apelante, sin perjuicio de las decisiones que se deban adoptar de oficio.

3. OBJETO DE LA APELACIÓN.

⁷ Ver archivo *04AdmiteApelacion, 02SegundaInstancia*

Con el propósito de que se revoque la decisión de primera instancia y, en su lugar se concedan las pretensiones, la demandante formuló y sustentó sus reparos concretos con base en los cuales se establecerán los problemas jurídicos.

3.1 Reparos concretos⁸:

- a) “*Consideró que el acápite correspondiente a la falta de cobertura en el amparo de cáncer en enfermedades graves era claro y concreto*”. Sustentado en que, de conformidad con el clausulado de la póliza obrante en el plenario, es claro que el seguro no cubriría entre otras patologías “*Cáncer in situ o no invasivos, cualquier displasia, hiperplasia atípica o necrosis grasa, tampoco el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis, tampoco tendrá cobertura ningún tumor maligno de piel a EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO INVASIVO*”, lo cual, contrario a lo concluido por la primera instancia corresponde a una ambigüedad en la redacción del clausulado ya que, no cabe duda que la patología que se le diagnosticó a la demandante corresponde a un melanoma maligno invasivo, sin que interese para el efecto el estadio de la enfermedad, o la “*finalidad o naturaleza*” de la póliza, pues la cobertura fue incluida expresamente en la cláusula. En tal medida, la ambigüedad en la redacción debió ser interpretada en favor de la asegurada y no, de la compañía de seguros, pues de una de sus interpretaciones se desprende que el asegurado a quien se le diagnostique melanoma maligno invasivo, como aquí ocurrió, es beneficiario de la cobertura.

⁸ Ver archivo 07MemorialSustentacion, 02SegundaInstancia

- b) *“Estableció la sentencia que tanto para el amparo de CÁNCER en ENFERMEDADES GRAVES como en el de CÁNCER individualmente considerados, se cumplió con la explicación al consumidor financiero exigida por la ley”.* Controvertido porque, de conformidad con el artículo 39 de la Ley 1480 de 2011, debió aportarse al proceso constancia escrita de la aceptación de la asegurada de las condiciones generales de la póliza, sin embargo, tal deber se entendió cumplido con la indicación del deber de los intermediarios de seguros de explicar los términos del seguro al tomador, sin que se aportara prueba que acreditará que tal explicación se había surtido. Cuestionó además que se hubiere considerado el hecho de no haber leído la asegurada las condiciones que le fueron remitidas en diciembre de 2022, pasando por alto que tal circunstancia no exime a la compañía de seguros de su deber de información *“previa, cierta, eficiente y oportuna”*, carga que dijo ha sido desarrollada por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y este Tribunal, recalando que entre el verbo *“entregar”* y *“explicar”* existen sustanciales diferencias, habiéndose cumplido tan solo con la entrega y no, con la explicación de circunstancias que por su tecnicismo no tenía por qué conocer la asegurada que se vincula en un contrato de adhesión.
- c) *“No tuvo en cuenta otras condiciones aportadas al proceso y allegadas a la demandante por la propia aseguradora que eran diametralmente diferentes a las acercadas por la demandada al plenario”.* Consistente en que no se tuvo en cuenta que se aportó clausulado con proforma distinto del aportado por la demandada, con una cobertura frente al cáncer de piel *“totalmente diferente al aportado por la aseguradora e igualmente con la demanda”*, documento que no fue objetado o tachado y que, de aplicarse, igualmente

demarcaría la procedencia de la cobertura por melanoma maligno invasivo.

d) “*No tuvo en cuenta la providencia de primer grado el momento en que se entregaron las condiciones generales a mi mandante*”. Referido a que, de conformidad con lo acreditado en el plenario, las condiciones de la póliza fueron allegadas a la demandante en diciembre de 2022, es decir, veintitrés (23) meses después del inicio de la vigencia de la misma, que fue contratada el 3 de enero de 2020 y, añadió, que, si bien no corresponde a un reparo concreto, debía tenerse en cuenta los antecedentes en la materia en punto del reconocimiento de intereses moratorios.

3.2 Réplica a la apelación⁹.

Dentro del término oportuno la compañía de seguros solicitó confirmar íntegramente la sentencia de primera instancia. Para ello, efectuó un recuento de las condiciones fácticas que soportan la *litis*, reiteró los argumentos de la contestación y resaltó como probado que el tipo de cáncer que padeció la asegurada corresponde a “*MELANOMA MALIGNO INVASOR BRESLOW 0,3 MM CLARK II SIN ULCERACIÓN*” que se encuentra excluido de cobertura en el contrato de seguro contenido en la póliza No. 0810089312531, tanto en el amparo por cáncer como enfermedades graves. Seguidamente, destacó que fue acreditado que la asegurada tenía conocimiento de las condiciones de la póliza, pues al suscribir el contrato “*consensuado*” aceptó el condicionado, adicionalmente la demandante reconoció a viva voz que no había leído pese a que, en cada una de las pólizas entregadas “*bastaba con realizar un CLICK en el amparo para abrir la preforma y leer las condiciones de cada cobertura*”, con

⁹ Ver archivo09MemorialAlegatos, 02SegundaInstancia

lo cual se cumplió el deber de proporcionar la información frente a los amparos y exclusiones.

3.3 Problemas Jurídicos.

Conforme a lo expuesto, corresponde a la Sala establecer si acertó la primera instancia al desestimar las pretensiones por hallar probada la ausencia de cobertura de la póliza No. 081004321433 o, si por el contrario procede la afectación del contrato de seguro por estar demostrada la configuración del riesgo amparado.

En orden a ello, deberá determinarse: a) cuáles son las condiciones generales y particulares que rigen la póliza No. 081004321433, b) si se cumplió con el deber de informar previamente a la asegurada las exclusiones del contrato, c) si existe ambigüedad en la redacción de las coberturas y exclusiones en los amparos CÁNCER y/o ENFERMEDADES GRAVES y, d) de ser el caso si procede y el momento a partir del cual deberán pagarse intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio.

4. FUNDAMENTO JURÍDICO.

4.1 El contrato de seguro.

En términos del artículo 1036 del Código de Comercio “*El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva*”, con fundamento en esa definición, de vieja data la jurisprudencia¹⁰ ha conceptuado que en virtud de aquel:

“El asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina prima, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a

¹⁰ CSJ Sentencia del 24 de enero de 1994, expediente 4045.

indemnizar al asegurado los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de daños o de indemnización efectiva, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro. Salta a la vista, pues, que uno de los elementos esenciales en este esquema contractual es la obligación condicional contraída por el asegurador de ejecutar la prestación prometida si llegare a realizarse el riesgo asegurado, obligación que por lo tanto equivale al costo que ante la ocurrencia del siniestro debe aquel asumir, y significa así mismo la contraprestación a su cargo, correlativa al pago de la prima por parte del tomador”

Pese a ser por definición el contrato de seguro consensual, la misma jurisprudencia ha reconocido que, en la práctica, la actividad aseguradora se ejerce “*a gran escala*”, ello implica que las condiciones contractuales se encuentran preestablecidas por la compañía de seguros, por ello, su clausulado no responde puramente a un acuerdo de partes, ya que el asegurado se limita a aceptar o rechazar los condicionamientos preestablecidos por el asegurador, por esto, se han instituido mecanismos de protección que garanticen la adecuada información del asegurado de las condiciones particulares del seguro que adquiere.

Luego, del tenor del canon 1045 *ibidem*, se desprende que son elementos esenciales del seguro: *i) El interés asegurable, ii) El riesgo asegurable, iii) La prima o precio del seguro y, iv) La obligación condicional a cargo del asegurador*, elementos sin los cuales la convención no producirá efecto alguno.

4.2 Exclusiones y deber de información.

A voces del artículo 1047 del Código de Comercio, la póliza además de expresar las condiciones generales del seguro deberá contener:

*“1) La razón social o 1) La razón o denominación social del asegurador; 2) El nombre del tomador; 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador; 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro; 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro; 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras; 7) La suma aseguradora o el modo de precisarla; 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago; 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo; 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y 11) **Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.***

Parágrafo: En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo.” (Se destaca)

De conformidad con el canon 1056 *ibidem* “Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, a los eventos no asegurados se les ha denominado “exclusiones” que se entienden por “hechos o circunstancias que, aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo, no obligan la responsabilidad del asegurador. Afectan, en su raíz, el derecho del asegurado o beneficiario a la prestación prevista en el contrato de seguro. Tienen carácter impeditivo en la medida en que obstruyen el nacimiento de ese derecho y, por ende, el de la obligación correspondiente”¹¹, proceder que ha sido avalado por la jurisprudencia:

“el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se

¹¹ OSSA, Efrén. Teoría General del Seguro – El contrato. Ed. Temis, Bogotá. 1991, p. 469, citado en sentencia CSJ SC2879 de 2022.

configure el siniestro, ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, queden sin embargo excluidas de la protección que promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones”¹²

Las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011 desarrollan deberes y obligaciones en cabeza de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera en punto de las formalidades que se deben cumplir en los contratos de adhesión, incluido el de seguro, entre ellos preceptúa la forma en que deben redactarse los amparos básicos y exclusiones. El particular fue analizado por la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2879 de 2022, en la cual indicó:

“Con el propósito señalado, obra, entre otras disposiciones, el artículo 37 del Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011), conforme al cual en los contratos de adhesión se debe informar previamente al contratante - con suficiencia y claridad- la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales, que deben ser redactadas en forma clara, completa y concreta. Respecto al contrato de seguro exige expresamente que «el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías».

Acorde con ello, el referido precepto establece una sanción de ineficacia para las condiciones negociales generales que no reúnan tales requerimientos, al disponer que se tendrán como no escritas” (Se destaca)

Con fundamento en los razonamientos expuestos, en esa oportunidad la Corporación señaló:

“... considera la Corte que una adecuada interpretación del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero exige su análisis armónico con la normativa que ha proferido la Superintendencia Financiera «para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el artículo 184

¹² CSJ SC, 7 pct. 1985, reiterada en SC3839 de 2020.

numeral 2º EOSF» y concretamente, la exigencia de la CE 029 de 2014 respecto a la ubicación de los amparos y exclusiones a partir de la primera página de la póliza, interpretación que no sólo permite cumplir con las exigencias de información y conocimiento del tomador sino también atender el principio general de prevalencia de la voluntad de las partes contratantes.

A juicio de la Sala, esta intelección se corresponde en mejor medida con las condiciones actuales del mercado asegurador, en el que se ha llegado a un grado de detalle en la delimitación del riesgo que, por lo general, haría imposible la inclusión de todas las coberturas y exclusiones únicamente en la primera página de la póliza –al menos en un formato legible, como es de rigor–.

Sostener una interpretación contraria, es decir, exigir la consignación forzosa y exclusiva de las exclusiones en la primera página de la póliza, podría cercenar o restar efectos a la facultad de delimitación de riesgos legalmente otorgada al asegurador, en tanto castigaría con ineficacia las exclusiones consignadas de manera clara e ininterrumpida a partir de la primera página.

...

Así las cosas, con base en las anteriores consideraciones la Corte unifica su posición, en el sentido de definir la adecuada interpretación de la norma sustancial bajo estudio, esto es, del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, conforme a la cual, en sintonía con las disposiciones de la Circular Jurídica Básica de la Superintendencia Financiera de Colombia, en las pólizas de seguro los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida.

Ahora bien, con el propósito de aquilatar la hermenéutica de la norma en cuestión, debe recordarse que, conforme lo establece el artículo 1046 del Código de Comercio, se denomina póliza al documento que recoge el contrato de seguro. Esta póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las condiciones particulares del artículo 1047 ibidem y las advertencias de mora establecidas en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem.” (Se destaca)

Postura que fue reiterada posteriormente¹³ encontrándose vigente la obligación de plasmar **a partir de la primera página de la póliza en forma continua, ininterrumpida y con caracteres destacados los amparos básicos y exclusiones**, con lo cual se entienden cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el **deber de información** que gravita en cabeza del asegurador, frente a lo cual, ha dicho la Corporación en cita:

*“Una interpretación armónica y sistemática de ese plexo normativo indefectiblemente permite corroborar, como se indicó en la parte inicial de las consideraciones de este segmento, que en materia asegurática las diferentes fases de los pactos se rigen por el principio de la buena fe en sus distintas expresiones, en especial el deber de información catalogado por la doctrina como un deber o regla secundaria de conducta¹⁴, que en estos casos impone a las entidades vigiladas brindar al otro contratante como consumidor de los servicios por ellas ofrecidos información «cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas» (lit. c, art. 3. L. 1328 de 2009), y en su calidad de predisponentes en los contratos de adhesión, **informar «suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales»**, y particularmente, en los contratos de seguro, le impone al asegurador el deber de hacer «entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.*

La efectividad de los citados mandatos de protección de los contratantes adherentes y, por lo mismo, débiles en la relación mercantil de consumo, está garantizada en la misma normativa. Así, es irrefutable que tanto el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009¹⁵, como el inciso final del artículo 37 del Estatuto del

¹³ CSJ SC 276 de 2023 “...el propósito previsto en el artículo 184 del Decreto 663 de 1993 se cumple si los amparos y las exclusiones pactadas en el contrato de seguro son consignados a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida, de ahí que cualquier tesis contraria a esa inteligencia se reciba opuesta al ordenamiento legal”

¹⁴ Cfr. Stiglitz, Rubén S. y otros. “Reglas secundarias de conducta”. En: Contratos. Teoría General I. Buenos Aires. De Palma. Pág. 477.

¹⁵ “Cualquier estipulación o utilización de cláusulas abusivas en un contrato se entenderá por no escrita o sin efectos para el consumidor financiero.”

*Consumidor¹⁶, cuando aluden a que ciertas cláusulas «**se tendrán por no escritas**» consagran un caso específico de ineficacia por inexistencia no del negocio jurídico en su integridad, sino de las cláusulas que, en su orden, contravengan las pautas de proscripción de abusividad o los requisitos de las condiciones generales en los contratos de adhesión.”¹⁷ (Se destaca)*

Esta postura que materializa los deberes de información y entrega de las compañías de seguro ha sido acogida previamente por esta Sala de decisión¹⁸, quedando sentado que, de los términos de la Ley 1328 de 2009 y Ley 1480 de 2011 se desprende irrefutablemente que la compañía de seguros cuando alega exclusión del amparo reclamado por el asegurado o beneficiario, deberá acreditar que entregó y explicó el clausulado al tomador al momento de suscripción del contrato, en caso contrario, la cláusula que estipula la exclusión no será oponible al asegurado¹⁹. Recientemente, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia²⁰, precisó que el análisis del cumplimiento de las disposiciones imperativas en los contratos de seguro no desborda el marco de competencia del juez de segunda instancia pues:

“2.2. El superior, al desatar la alzada eventualmente puede resolver reparos expresamente no formulados. En efecto, tratándose de aspectos inescindiblemente vinculados a la apelación. Sobre el punto, tópicos en donde esté inmerso el orden público -como las que imponen la nulidad o la ineficacia de pleno derecho-

...

¹⁶ “Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo”.

¹⁷ CSJ SC1301 de 2022.

¹⁸ Ver sentencia del 4 de octubre de 2023, Rad. 05001310302220210024301, MP. Martín Agudelo Ramírez.

¹⁹ STC17390 de 2017 “Al respecto, esta Corporación en varias oportunidades ha aclarado que el marco legal que regula el tema de las exclusiones en las pólizas de seguro es de naturaleza pública y, por tanto, de obligatorio cumplimiento, lo que vicia de ineficacia las estipulaciones de los contratos de seguro que se celebren con desconocimiento de tales formalidades. En consecuencia, las exclusiones que contravengan los requerimientos legales, como su redacción en caracteres destacados en la primera página de la póliza, se tendrán en todos los casos como no escritas, tal como lo ha afirmado esta Corte en STC del 25 de julio de 2013 (Rad. 01591-01) y STC514 del 29 de enero de 2015 (Rad. 2015-00036-00).”

²⁰ Sentencia SC2100 de 2024.

Para el efecto, citó los artículos 1047 y 1048 del Código de Comercio, así como el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, a cuyas voces, el contenido de las pólizas «debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva».

2.4. En otras palabras, el Tribunal aplicó una norma de orden público. Estudió el contenido de la póliza a luz del artículo 184 ejusdem.”

4.3 Interpretación contractual.

El contrato válidamente celebrado es ley para las partes²¹, quienes estarán atados a los términos de la convención, sin embargo, no en pocas oportunidades las estipulaciones contractuales presentan vacíos, imprecisiones o contradicciones que les restan claridad y dificultan la comprensión de sus contornos, vicisitudes que deben zanjarse vía interpretación²² jurisdiccional, pero, la labor hermeneútica que compete al juez no es absoluta²³, pues la ley civil consagra lineamientos que

²¹ Código Civil. “**ARTÍCULO 1602. LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES.** Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.”

²² “la interpretación se predica de los negocios jurídicos existentes, es ulterior a la existencia del acto dispositivo y, en rigor consiste en establecer y precisar la relevancia normativa de su sentido conforme a la ‘recíproca intención de las partes’ (art. 1618 C.C.), de ordinario plasmada en las cláusulas, párrafos, condiciones o estipulaciones, a las cuales, sin embargo, no se reduce ni supedita, por cuanto aún siendo ‘claro’ el sentido idiomático, literal o textual de las palabras, en toda divergencia a propósito, impónese reconstruirla, precisarla e indagarla según el marco de circunstancias, materia del negocio jurídico, posición, situación, conocimiento, experiencia, profesión u oficio de los sujetos, entorno cultural, social, económico, político, geográfico y temporal en una perspectiva retrospectiva y prospectiva, esto es, considerando además de la celebración, ejecución y conducta práctica negocial, la fase prodrómica, de gestación o formación teniendo en cuenta que [...] los actos, tratos o conversaciones preliminares enderezados a preparar la producción de un consentimiento contractual no son intrascendentes; por el contrario, una vez formado el consentimiento son parte integrante de él, y su importancia se traduce en servir de medios auxiliares para interpretar la verdadera intención de las partes, cristalizada en las cláusulas del contrato” CSJ (Cas. Civ. Junio 28/1989)

²³ CSJ SC, 28 feb. 2005, rad. n.º 7504 “En numerosas ocasiones la Corte ha precisado que la interpretación de los contratos -en línea de principio rector- es tarea confiada a la [...] cordura, perspicacia y pericia del juzgador’ (CVIII, 289), a su ‘discreta autonomía’ (CXLVII, 52), razón por la cual, el resultado de ese laborio ‘no es susceptible de modificarse en casación, sino a través de la demostración de un evidente error de hecho’ (CXLII, 218 Cfme: CCXL, 491, CCXV, 567).

Sin embargo, a ello no le sigue que el sentenciador, per se, tenga plena o irrestricta libertad para buscar la communis intentio de los contratantes, sino que debe apoyarse en las pautas o directrices legales que se encaminan, precisamente, a guiarlo en su cardinal tarea de determinar el verdadero sentido y alcance de las estipulaciones de las partes, de modo que pueda descubrir la genuina voluntad que, otrora, las animó a celebrar el contrato y a identificar, en la esfera teleológica, la finalidad perseguida por ellas, en concreto en lo que concierne al establecimiento de las diversas estipulaciones que, articuladas, integran el contenido contractual, objeto de escrutinio por parte de su intérprete.”

guían su ejercicio, particularmente, los artículos 1618²⁴, 1620²⁵, 1621²⁶, 1622²⁷ y 1624²⁸, aplicables en materia comercial por expresa disposición del canon 822 de la Ley Comercial²⁹. Puntualmente, en materia de delimitación del riesgo asegurado en los contratos de seguro, la jurisprudencia ha desarrollado un principio de interpretación restrictiva, así en sentencia SC002-1998, reiterada en sentencia SC4527-2020 la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia indicó que el contrato de seguro:

*“debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (Arts. 1048 a 1050 del C de Com), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria. **Dicho en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva** y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse “escritura contentiva del Contrato” en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación.” (Se destaca)*

²⁴ **“PREVALENCIA DE LA INTENCION.** Conocida claramente la intención de los contratantes, debe estarse a ella más que a lo literal de las palabras.”

²⁵ **“PREFERENCIA DEL SENTIDO QUE PRODUCE EFECTOS.** El sentido en que una cláusula puede producir algún efecto, deberá preferirse a aquel en que no sea capaz de producir efecto alguno.”

²⁶ **“INTERPRETACION POR LA NATURALEZA DEL CONTRATO.** En aquellos casos en que no aparezca voluntad contraria, deberá estarse a la interpretación que mejor cuadre con la naturaleza del contrato. Las cláusulas de uso común se presumen aunque no se expresen.”

²⁷ **“INTERPRETACIONES SISTEMATICA, POR COMPARACION Y POR APLICACION PRACTICA.** Las cláusulas de un contrato se interpretarán unas por otras, dándose a cada una el sentido que mejor convenga al contrato en su totalidad. Podrán también interpretarse por las de otro contrato entre las mismas partes y sobre la misma materia. O por la aplicación práctica que hayan hecho de ellas ambas partes, o una de las partes con aprobación de la otra parte.”

²⁸ **“INTERPRETACION A FAVOR DEL DEUDOR.** No pudiendo aplicarse ninguna de las reglas precedentes de interpretación, se interpretarán las cláusulas ambiguas a favor del deudor. Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella.”

²⁹ **“APLICACION DEL DERECHO CIVIL.** Los principios que gobiernan la formación de los actos y contratos y las obligaciones de derecho civil, sus efectos, interpretación, modo de extinguirse, anularse o rescindirse, serán aplicables a las obligaciones y negocios jurídicos mercantiles, a menos que la ley establezca otra cosa. La prueba en derecho comercial se regirá por las reglas establecidas en el Código de Procedimiento Civil, salvo las reglas especiales establecidas en la ley.”

Bajo este entendimiento se ha erigido que “*la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas*”³⁰, por lo cual, los hechos constitutivos de exclusión deben encuadrar sin ambigüedades en la estipulación contractual, que por natura, debe relacionar de manera diáfana “*las circunstancias que le permiten exonerarse la obligación de asumir la indemnización que le corresponde, motivo por el cual, atendiendo a los deberes de claridad y precisión que le son exigibles, no le es dado intentar subsumir hechos no previstos puntualmente como tales*”³¹, en suma, como materialización del principio interpretativo consagrado en el artículo 1620 *ibidem* “*si la interpretación de una cláusula puede aparejar dos sentidos diversos, uno de los cuales le restaría –o cercenaría- efectos, o desnaturalizaría el negocio jurídico, dicha interpretación debe desestimarse, por no consultar los cánones que, de antiguo, estereotipan esta disciplina*”³²

5. CASO CONCRETO.

En el asunto bajo estudio se discute la responsabilidad civil contractual³³ de la demandada y en ese contexto, no hay duda en cuanto a la demostración de los siguientes presupuestos axiológicos: i) la existencia de un vínculo jurídico entre las partes, materializado en la póliza de seguro vida expedida el 3 de enero de 2020 por Seguros de Vida Suramericana S.A., en que fungió como tomadora, asegurada y beneficiaria Mónica María

³⁰ (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574,-2015 rad. n.º. 11001-31-03-023-2007- 00600-02).

³¹ Sentencia de 4 de noviembre de 2009, rad. 1998-4175, reiterada en la SC2100-2024

³² CSJ SC, 28 feb. 2005, rad. n.º 7504, reiterada en sentencia SC3047 de 2018.

³³ CSJ SC5585 de 2019 “*(...) la responsabilidad contractual está edificada sobre los siguientes pilares axiológicos: a) la preexistencia de un vínculo jurídico entre las partes; b) su incumplimiento relevante por quien es demandado; c) la generación de un perjuicio significativo para el actor; y d) la conexión causal entre la referida insatisfacción de los deberes convencionales y el correspondiente daño irrogado.*” Reiterado en Sentencia SC5142 de 2020.

Cipagauta Obando; ii) la renovación y vigencia de esa póliza para el período comprendido entre el 3 de enero de 2023 y el 3 de enero de 2024 (No. 081004321433); iii) que esa póliza ampara, entre otros, los riesgos de cáncer y enfermedades graves con coberturas por \$238'203.200 y \$714'609.600, respectivamente, y; iv) que en vigencia de la póliza se le diagnosticó a la asegurada “*MELANOMA MALIGNO INVASOR BRESLOW 0.3 MM, CLARK II SIN ULCERACIÓN*”, que es considerado un tipo de **cáncer** de piel.

También es pacífico que la asegurada presentó reclamación directa ante la compañía de seguros alegando la configuración del siniestro y, en consecuencia, reclamó el pago de los referidos amparos; solicitud que fue objetada por la aseguradora el 3 de agosto de 2023, alegando que “*El melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aNOM0), es decir de un tamaño inferior a 1 mm representa una exclusión de cobertura en la póliza*”³⁴, postura que fue reiterada el 21 de noviembre de 2023.

Claro lo anterior procede abordar los problemas jurídicos propuestos.

- **5.1 ¿Cuáles son las condiciones generales y particulares que rigen la póliza No. 081004321433?**

La parte actora se duele de que el condicionado del amparo “*enfermedades graves*” (*proforma F-02-81-00625*) acompañado con la demanda, que le fuera remitido a la asegurada por el asesor de seguros, no coincide con el allegado por la demandada con la contestación (*proforma F-14-11-0081-700*).

Bien, aunque tal circunstancia no fue alegada sino en la oportunidad de presentación del recurso de apelación,

³⁴ Ver archivo 005ContestacionDemandaNexos, página 44

ciertamente las condiciones específicas del seguro, concretamente las exclusiones, son el punto basilar sobre el cual versó la defensa y ahora la apelación, en tal medida, es menester determinar el condicionado que rige el contrato para la solución de los demás problemas jurídicos; para tal efecto, es preciso traer al tema la carátula de la póliza No. 081004321433, en la cual se indicaron las condiciones generales aplicables al seguro según la cobertura contratada:

CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TU SEGURO					
Cobertura contratada	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación proforma
Vida	2018-04-15	14-11	P	37	F-02-81-607
Cáncer	2020-08-15	14-11	A	37	F-14-11-0081-701
Cobertura contratada					
Enfermedades graves	2020-08-15	14-11	A	37	F-14-11-0081-700

Así pues, de forma inequívoca se establecieron como proformas contentivas de las condiciones del seguro en los amparos contratados: *i) F14-11-0081-701 (Vida) y ii) F-14-11-0081-700 (Enfermedades graves)*. Tal estipulación se encuentra contenida en la carátula de la póliza que dijo conocer la demandante y por ello, en aplicación de los lineamientos del parágrafo único del artículo 1047 del Código de Comercio, son tales estipulaciones las que marcaran el derrotero del análisis del clausulado de la póliza. En suma, la actora no alegó la disconformidad de las proformas dentro de las oportunidades procesales pertinentes (*réplica a la contestación*), ni arribó prueba que diera cuenta de la remisión de la proforma F-02-81-00625 por parte de la compañía de seguros, tampoco demostró que fuera esa proforma la registrada ante la Superintendencia Financiera (*antes Bancaria*) o, que se hubiere modificado el contrato, por eso, son las proformas referidas en la carátula de la póliza las que vinculan a las partes, ya que, un hecho distinto debía ser probado por la demandante y ello no ocurrió.

Entonces, con relación al amparo por enfermedades graves, se tiene que la proforma F-14-11-0081-700 en el componente cáncer estipula:

Sección 1 - Coberturas

COBERTURA PRINCIPAL Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

1. ENFERMEDADES GRAVES

SURA te pagará el valor asegurado alcanzado por esta cobertura si te diagnostican cualquiera de las siguientes enfermedades o te realizan alguno de los siguientes procedimientos:

- a. **Cáncer y leucemia:** cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y en caso de requerir cirugía podrá requerirse el estudio de patología luego de la misma.

No tendrá cobertura:

- Lesiones pre-malignas, ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason igual o superior a 7 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0, tampoco tiene cobertura la neoplasia intraepitelial prostática de bajo grado y de alto grado (PIN bajo grado y PIN alto grado).
- Cáncer in situ o no invasivo, cualquier displasia, hiperplasia atípica o necrosis grasa, tampoco el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis, tampoco tendrá cobertura ningún tumor maligno de piel a excepción del melanoma maligno invasivo.
- Tumores ováricos de bajo potencial maligno (limítrofe) en la fase I y II de la clasificación FIGO, tampoco tendrá cobertura la enfermedad de Paget de la vulva.
- Carcinoma de tiroides variedad papilar, en estadio T1-2, N0, M0 (de la clasificación TNM). El resto de estadios, T3-4 y carcinomas de tiroides variedades folicular, anaplásico, medular, o cualquier otro tipo de cáncer de tiroides diferentes a los mencionados, tendrán cobertura en cualquiera de sus estadios.



6

Código clausulado anexo - 15/08/2020 - 1411-A-0-F-14-11-0081-700 - 0001

- Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta - policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.
- Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.
- Gammopathia monoclonal de significado indeterminado.
- Cualquier tumor maligno en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana, ya sea de tipo 1 o tipo 2.

- b. **Infarto de miocardio:** muerte de una porción del músculo del corazón resultado del bloqueo de una o más arterias coronarias. El diagnóstico debe estar basado en los siguientes elementos y confirmado en los 30 días siguientes al diagnóstico

- Dolor de pecho típico
Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones o inversión de la onda T.
Elevación de enzimas cardíacas

No tendrá cobertura:

- Infarto de miocardio silente y otros síndromes coronarios agudos, por ejemplo, angina de pecho estable o inestable.
- Elevación de troponinas en ausencia de enfermedades cardíacas isquémicas.



Código nota técnica - 21/07/2018-F-14-11-0081-700 - 0002



Mientras que, la proforma F14-11-0081-701 que rige el amparo cáncer individualmente considerado, consagra:

SECCIÓN 1 COBERTURA

Si te diagnostican cáncer primario del aparato reproductor femenino incluido útero, ovarios, trompas de Falopio, vagina y vulva (labios mayores y menores), cáncer primario de seno de la mujer, cáncer primario del aparato reproductor masculino, incluido pene, próstata, testículos y vesícula seminal o melanoma maligno de piel invasivo, **SURA te pagará el valor asegurado alcanzado por este anexo:**

Esta cobertura está sujeta a:

- a) Que el primer diagnóstico y/o manifestación de la enfermedad haya sido después del día 90 de permanencia continua en este anexo.
- b) Que sobrevivas 30 días después de la fecha del diagnóstico.
- c) Se pagará el 100% del valor asegurado por el primer diagnóstico, si se diagnostica más de uno de los cáncer cubiertos por este seguro, **sólo se pagará una vez.**



Cáncer es un tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y en caso de requerir cirugía podrá requerirse el estudio de patología luego de la misma.

①

Código clausulado anexo 15/08/2020 - 1411-A-0-F-14-11-0081-701 - 0001

SECCIÓN 2 EXCLUSIONES

SURA no pagará la indemnización acordada cuando los eventos cubiertos sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) Enfermedades diagnosticadas antes de la contratación del seguro y/o conocidas previamente por el asegurado.
- b) Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo y también todos los carcinomas in situ o no invasivos, tampoco tendrá cobertura cualquier displasia, hiperplasia atípica o necrosis grasa, ni el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.
- c) Tumores ováricos de bajo potencial maligno (limítrofe) en la fase I y II de la clasificación FIGO, tampoco tendrá cobertura la enfermedad de Paget de la vulva.
- d) Ningún cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason igual o superior a 7 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0, tampoco tiene cobertura la neoplasia intraepitelial prostática de bajo grado y de alto grado (PIN bajo grado y PIN alto grado).
- e) Cualquier tumor maligno en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana, ya sea de tipo 1 o tipo 2.



②

De la simple lectura de los condicionamientos del contrato emerge claro que, en principio, ambos amparos cobijan el riesgo por cáncer, sin embargo, se advierte que la aseguradora materializó la potestad consagrada en el artículo 1056 del Código de Comercio, estableciendo exclusiones al riesgo asegurado y, bajo ese contexto y de cara a los reparos concretos, previo a determinar si el tipo de cáncer que presentó la paciente está excluido de amparado deberá establecerse si en este particular caso, se cumplieron los requisitos establecidos legal y jurisprudencialmente para estructurar válidamente la oponibilidad de las exclusiones.

- **5.2 ¿Se cumplió con el deber de informar previa y oportunamente a la tomadora/asegurada las exclusiones del contrato?**

Recuérdense las obligaciones especiales en cabeza de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera, de las cuales hacen parte las compañías de seguros generales y de vida, incluida Seguros de Vida Suramericana S.A.³⁵, entre otras las del artículo 7º de la Ley 1328 de 2009:

“c) Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado.

...

f) Elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación. Copia de los documentos que soporten la relación contractual deberá estar a disposición del respectivo cliente, y contendrá los términos y condiciones del producto o servicio, los derechos y obligaciones, y las tasas de interés, precios o tarifas y la forma para determinarlos.”

³⁵ Seguir enlace, ítem “compañías de seguros de vida” <https://www.superfinanciera.gov.co/publicaciones/13067/industrias-supervisadasentidades-vigiladas-por-la-superintendencia-financiera-de-colombia-13067/>

Ese deber de información es materialización de la protección al contratante adherente pues, aunque Seguros de Vida Suramericana S.A., insiste en que el contrato de seguros es consensual, como quedó visto en los antecedentes que sirven de soporte a la decisión, actualmente no cabe duda de que ese contrato es de naturaleza adhesiva³⁶, debido a que sus condiciones no están sujetas a la libre discusión de las partes, ya que mientras la compañía de seguros redacta el clausulado, el tomador se limita a aceptar dichos términos.

Con relación a los contratos de adhesión el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011, establece:

“Condiciones negociales generales y de los contratos de adhesión. Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. *Haber **informado** suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.*
2. *Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.*
3. *En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará **entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.***

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

³⁶ Ibid. Artículo 1º “...f) **Contratos de adhesión:** Son los contratos elaborados unilateralmente por la entidad vigilada y cuyas cláusulas y/o condiciones no pueden ser discutidas libre y previamente por los clientes, limitándose estos a expresar su aceptación o a rechazarlos en su integridad.”

Indudablemente, la disposición normativa en comento establece tres (3) acciones en cabeza de la compañía de seguros de cara a los condicionamientos del contrato, informar³⁷, entregar³⁸ y explicar³⁹, sin embargo, pese a las diferentes acepciones de cada uno de esos verbos la finalidad del legislador no es otra que garantizar el conocimiento previo del adherente de los términos del contrato de seguro, es decir, esas tres (3) acciones se subsumen en el deber de información, quedando sentado que el incumplimiento de esa carga, tiene como consecuencia la ineficacia de las estipulaciones contractuales que no reúnan tales requisitos.

Efectuadas estas precisiones reuce que, contrario a lo sostenido por la recurrente en este particular caso, emerge acreditado el cumplimiento del deber de información, pues se demostró, con el dicho del testigo David Ernesto Rocha y el reconocimiento de la misma demandante, que se le entregó a la asegurada la carátula y condicionado de renovación de la póliza para la vigencia 2023-2024.

Aunque Mónica María Cipaguata Obando, desde el escrito introductorio⁴⁰ negó que se le hubieran informado las exclusiones que le fueron puestas de presente en la objeción a la reclamación directa, en audiencia reconoció haber recibido la carátula de la póliza renovada, afirmando que no leyó los condicionamientos pues en la carátula se incluye el amparo por

³⁷ “tr. Enterar o dar noticia de algo.” <https://dle.rae.es/informar>

³⁸ “tr. Dar algo a alguien, o hacer que pase a tenerlo.” <https://dle.rae.es/entregar>

³⁹ “tr. Declarar o exponer cualquier materia, doctrina o texto difícil, con palabras muy claras para hacerlos más perceptibles.” <https://dle.rae.es/explícate>

⁴⁰ Ibid. “La exclusión a que se hace referencia en la misiva detallada no tiene aplicabilidad alguna en la reclamación de la asegurada, por las siguientes razones:

- De existir la exclusión, es claro que la misma no le fue explicada a la asegurada. A ella nunca se le informó la existencia de estas circunstancias que relevaban la responsabilidad de SEGUROS DE

VIDA SURAMERICANA S.A.

- Tampoco existe constancia escrita alguna de que a MÓNICA MARÍA CIPAGAUTA se le hayan aclarado las exclusiones y de que ella las haya entendido.”

cáncer, que era el riesgo que le interesaba asegurar, sin embargo, desde la carátula de la póliza No. 081004321433 se informó:

Estas son las condiciones y beneficios que le aplican a tu seguro durante esta vigencia 03-ENE-2023 a 03-ENE-2024. Recuerda que éstas pueden cambiar en cada renovación y SURA te las notificará antes para que decidas si continúas con tu seguro.



INFORMACIÓN ADICIONAL

Las condiciones generales de la póliza, incluyendo el detalle del compromiso que SURA adquirió contigo las encontrarás en el clausulado adjunto a la carátula.

Es reprochable la actitud de la tomadora, una mujer joven con dos (2) carreras universitarias que recibió el documento en el cual expresamente se le indicó que existen unos condicionamientos generales “*que pueden cambiar en cada renovación*” para que decidiera si continuaba o no con el seguro y pese a ello omitió deliberadamente hacer lectura de esos condicionamientos que se encontraban a su disposición y accesibles mediante “clic” en los enlaces de la carátula, incumpliendo un deber de protección propio⁴¹ que, aunque no deslegitima su reclamación, habrá de considerarse en el análisis que se acomete, pues aquella aceptó la renovación en los términos estipulados en las proformas que rigen cada amparo.

Adicionalmente, deviene inatendible el cuestionamiento sobre el momento en el cual se remitieron los condicionamientos del contrato “*veintitrés meses después*”, pues atendiendo a la vigencia de la póliza (*anual*) y a la advertencia de la posibilidad de modificar las condiciones en cada renovación es apenas lógico y necesario que se remitiera el documento previo a la renovación para que el tomador determinará si la aceptaba o no en esos términos, importando al proceso los condicionamientos que

⁴¹ Ibid. Artículo 6º “Prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros: ... b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.

d) Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.”

rigen para la vigencia 2023-2024 y no los anteriores. En ese sentido, basta posar la vista en el archivo 005 (*páginas 21 a 23*), para constatar que en efecto para cada amparo reposa no solo la indicación expresa de la proforma que contiene el condicionado aplicable sino un hipervínculo que remite directamente al condicionamiento general.

Ahora, la demandante pretende restar eficacia al cumplimiento del deber de información argumentando que tan solo se entregó la carátula de la póliza, sin embargo, recuérdese que, conforme a la jurisprudencia de la Corte, la “*póliza en sentido amplio contiene, como se ha visto, (i) la carátula, en la que se consignan las condiciones particulares del artículo 1047 ibídem y las advertencias de mora establecidas en los cánones 1068 y 1152 del mismo Código; (ii) el clausulado del contrato, que corresponde a las condiciones negociales generales o clausulado general; y (iii) los anexos, en los términos del artículo 1048 ejusdem*”⁴² y en este particular caso carátula y condiciones generales se encuentran inescindiblemente ligadas, entre ellas conforman el documento contentivo del contrato de seguro (póliza), en suma, de su forma de presentación ello se infiere, pues los enlaces dispuestos remiten automáticamente al clausulado.

Refiriéndose a los contornos del cumplimiento del enrostrado deber la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia ha decantado⁴³:

“... podría darse el caso de que el tomador del seguro estuviera al tanto de las condiciones generales del contrato al cual se adhirió, incluso sin haber recibido físicamente dichas condiciones por parte de la aseguradora, conforme a los términos especificados. Este escenario es factible, por ejemplo, si durante la fase precontractual, el asegurador hubiese explicado

⁴² CSJ SC2879-2022

⁴³ SC495-2023

detalladamente las condiciones generales al futuro asegurado, con el objetivo de garantizar que su consentimiento sea plenamente informado y su declaración de voluntad, idónea.

...

También es irrefutable que hacer entrega del documento que recoge las condiciones generales del contrato de seguro, en el sentido literal que se indicó supra, parece un método sencillo e intuitivo para que la aseguradora satisfaga el deber de información que le compete. Sin embargo, de ello no se sigue que la falta de prueba de aquel acto (es decir, de la entrega física del documento) sea necesariamente equivalente al incumplimiento del deber de información, pues, se insiste, es posible que el adherente, sin haber recibido el clausulado, lo conozca plenamente.

El hacer entrega por el que averigua la Corte, entonces, no puede convertirse en un simple formalismo, que prevalezca sobre la realidad sustantiva del contrato; tampoco puede constituirse en una vía habilitante para que un tomador suficientemente informado, que adhirió al seguro con conocimiento pleno del clausulado predisuelto, se desembarace de los pactos que aceptó, simplemente alegando que no se le hizo entrega de un documento contentivo de dichas condiciones generales.” (Se destaca)

Hacer entrega de la carátula y del clausulado que se encuentra adjunto a ésta es, en términos de la jurisprudencia, un método “sencillo e intuitivo” de dotar al tomador de los conocimientos necesarios para formar adecuadamente su consentimiento, ello porque se insiste, lo relevante es informar al tomador sobre los condicionamientos del contrato al cual se adhiere, circunstancia que puede acreditarse por cualquier medio suvisorio, incluida la entrega del condicionamiento general contentivo de las exclusiones, máxime cuando de quien funge como tomador no se pueden advertir condiciones o calidades que le impidan comprender como el común de las personas la clara instrucción frente a la existencia de condicionamientos y/o modificaciones

en cada renovación que delimitan el riesgo que asume la aseguradora.

Luego, la entrega de la póliza (artículo 1046) no tiene que ser necesariamente ser física o impresa, pues las dinámicas comerciales y de mercado facilitan y propenden por la vinculación contractual de forma digital, el comercio electrónico⁴⁴ es una realidad innegable y en crecimiento a la cual se ven involucrados los ciudadanos y la judicatura, por ello, considera esta Sala, que en el caso bajo estudio resultan oponibles las exclusiones contenidas en hipervínculo adjuntos a la carátula de la póliza, porque el cumplimiento del deber de información no distingue si el documento que las contiene es físico o digital y, un entendimiento contrario estaría alejado de la realidad actual y constituiría una vía libre para que el tomador a quien se entregaron de forma digital los condicionamientos del contrato *a posteriori* pretenda desligarse de los contornos del convenio que aceptó.

En suma, verificado el clausulado de la póliza No. 081004321433, se advierte que las exclusiones se plasmaron de acuerdo con lo reglado en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sector Financiero⁴⁵, desarrollado por la jurisprudencia civil, esto porque a través del hipervínculo aparecen las condiciones generales y particulares del contrato y, en especial los amparos y exclusiones que es la exigencia de tal norma. Adviértase que según el criterio unificado por la Sala de Casación Civil, Agraria

⁴⁴ Ver Ley 527 de 1999 “Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.”

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

a. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;

b. Deben redactarse en tal forma que sean de fácil comprensión para el asegurado. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles, y

c. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.”

y Rural de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2879-2022, no cabe duda que actualmente en las pólizas de seguro los amparos básicos y exclusiones “*deben figurar, en caracteres destacados, **a partir de la primera página de la póliza, en forma continua e ininterrumpida***”, así lo explicó la Corporación:

“*... se corresponde en mejor medida con las condiciones actuales del mercado asegurador, en el que se ha llegado a un grado de detalle en la delimitación del riesgo que, por lo general, haría imposible la inclusión de todas las coberturas y exclusiones únicamente en la primera página de la póliza –al menos en un formato legible, como es de rigor–.*

Sostener una interpretación contraria, es decir, exigir la consignación forzosa y exclusiva de las exclusiones en la primera página de la póliza, podría cercenar o restar efectos a la facultad de delimitación de riesgos legalmente otorgada al asegurador, en tanto castigaría con ineficacia las exclusiones consignadas de manera clara e ininterrumpida a partir de la primera página.”

No es un asunto caprichoso, que las exclusiones reposen a partir de la primera página de la póliza, por el contrario, aquello procura formar un consentimiento libre de todo vicio o mala interpretación del tomador, pues ha considerado la jurisprudencia que:

“*...la intención del legislador de garantizar la correcta y suficiente información del asegurado y su conocimiento de las coberturas y exclusiones del amparo contratado se cumple a cabalidad cuando éstas se consagran de forma continua, ininterrumpida y con caracteres destacados **a partir de la primera página de la póliza, lo que permite una redacción clara y detallada que**, a su vez, redunda en la adecuada comprensión que busca el artículo 184 del EOSF.*”⁴⁶ (Se destaca)

Por las razones expuestas es dable concluir que la forma en que se presentaron los condicionamientos generales de la póliza No.

⁴⁶ Ibid.

081004321433, incluidos amparos y exclusiones, aunque novedosa, se ajusta a los lineamientos legales y jurisprudenciales y cumple con la finalidad de informar a la tomadora quien reconoció haber recibido la carátula que a su vez contenía la póliza, por lo que habrá de confirmarse en este sentido la decisión.

Ahora, estando claras las condiciones que rigen la póliza y acreditado el cumplimiento del deber de información, resta determinar si el contenido de las exclusiones es claro y por contera oponible.

- **5.3 ¿Existe ambigüedad en la redacción de las coberturas y exclusiones en los amparos CÁNCER y ENFERMEDADES GRAVES?**

Ambiguo en sentido lato, es aquello “que puede entenderse de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusión”⁴⁷, en materia contractual, una cláusula es ambigua cuando su naturaleza y alcance no emerge diáfano de su simple lectura sino que, por el contrario se presta para ser entendido en diferentes sentidos y, en consecuencia, presupone la necesidad de interpretarla dentro de los parámetros legales que rigen la labor hermenéutica para desentrañar su verdadero sentir.

Para determinar la cobertura o exclusión es preciso conceptuar la patología de la asegurada, así, se indicó en la demanda que la tomadora/asegurada fue diagnosticada con “*MELANOMA MALIGNO INVASOR BRESLOW 0.3 M.M CLARK II SIN ULCERACIÓN*”, en soporte de ello se arrimó estudio de inmunohistoquímica practicado el 26 de mayo de 2023 en el cual

⁴⁷ <https://dle.rae.es/ambiguo>

se indicó “*Las tinciones de inmunohistoquímica con SOX10 y MelanA relevan lesión melanocítica a nivel de la unión dermoepidérmica dispuestas en patrón individual confluyente y ascenso pagetoide irregular. Se reconocen nidos a nivel de la dermis. El patrón de HMB45 presenta una tinción homogénea. La marcación con PRAME es negativa*” y como diagnóstico posterior al estudio se consignó:

DIAGNÓSTICO

PIEL BRAZO DERECHO; INMUNOHISTOQUÍMICA (PA23-4896)

- MELANOMA INVASOR
- MORFOLOGÍA: EPITELIOIDE
- FASE DE CRECIMIENTO RADIAL
- BRESLOW 0.3 MM, CLARK II
- ÍNDICE MITÓTICO: 0 MITOSIS POR MM2
- ULCERACIÓN: NO SE OBSERVA
- INFILTRADO LINFOCÍTICO TUMORAL: NO SE OBSERVA
- REGRESIÓN: NO SE OBSERVA
- MICROSATELITOSIS: NO SE OBSERVA
- INVASIÓN LINFÁTICA O VASCULAR: NO SE OBSERVA
- NEUROTROPISMO: NO SE OBSERVA
- UNO DE LOS BORDES LATERALES EN CONTACTO

Luego en atención recibida en Aurora Centro Especializado en Cáncer de Piel se indicó:

Observaciones o comentarios adicionales: Paciente de 28 años cursando actualmente con melanoma invasor breslow 0.3 mm no ulcerado, estadio T1a, requiere la realización de ampliación de márgenes oncológicos de 1 cm incluyendo la totalidad del espesor de tejido celular subcutáneo, mas biopsia escisional de otras lesiones con cambios recientes en misma extremidad, lo ca, por favor agendar prioritario
ESolicitó ademas fotografía corporal total mas dermatoscopia digital

De conformidad con la gráfica acompañada con la demanda los parámetros Breslow y Clark sirven para clasificar “*la invasión del melanoma*”:

MELANOMA CLASIFICACIONES



En la contestación a la demanda se explicaron los anotados conceptos de conformidad con los lineamientos del Instituto Nacional de Cáncer, así, el parámetro Breslow se define como “*Medida de la profundidad hasta la que creció un melanoma en la piel. El grosor del tumor (profundidad) habitualmente se mide desde el tope del tumor hasta las células tumorales más profundas*” mientras que el Clark “*Sistema que se usa para describir la profundidad de la diseminación del cáncer en la piel. Los niveles I a V describen las capas de la piel afectadas. Niveles de Clark del cáncer de piel. En el nivel de Clark I, el cáncer solo se encuentra en la epidermis. En el nivel de Clark II, el cáncer comenzó a diseminarse a la dermis papilar (capa superior de la dermis)*” (Se destaca)

Con relación a la naturaleza, estado y gravedad de la patología que se le diagnosticó a la demandante declaró el médico patólogo especialista en dermatología Reinhard Rodríguez Schotborgh quien realizó el estudio de inmunohistoquímica, con fundamento en el cual explicó que el melanoma invasor es “*una neoplasia maligna derivada de melanocitos, ya en este caso se origina desde los melanocitos de la epidermis y ya en este estado ya sería*

*una lesión que está invadiendo la dermis*⁴⁸ en punto de la categorización “*morfología epitelioide*” indicó “*se debe reportar la morfología de los melanomas, debido a la forma en la que estas células están mostrándose a nivel del tejido con el objetivo de rastrear más fácil extensión metastásica o en su defecto evaluar como va progresando la enfermedad... está demostrado que las lesiones con morfología epitelioide suelen estar relacionadas con los compromisos a distancia y metastásica*” refiriéndose a la fase de crecimiento radial, Breslow y Clark reseñó:

*“Estos son parámetros de estadificación de melanoma invasor, la fase de crecimiento se divide en dos grupos: radical cuando solamente compromete la dermis superficial sin presencia de tumor y vertical cuando ya hace fase tumorogenica, hay que determinar que la fase radial es la fase temprana de la evolución de la enfermedad y la fase vertical es la fase tardía y por lo tanto la fase radial suele ser una lesión de lenta evolución y de un comportamiento más indolente, mientras que la fase vertical es una lesión más avanzada y el Breslow es el índice de mayor importancia en la estadificación del melanoma ya que determina la profundidad a la cual los nidos se están encontrando a nivel de la dermis, esta consignado tanto en el espesor en milímetros como el estrato en el cual se encuentra, entonces se clasifica en diferentes estrados dependiendo si se encuentra solo en epidermis sería *in situ* o sea estadio Clark I, dermis papilar Clark II...”*

Afirmó igualmente el declarante que no se observó mitosis ni ulceración y enfatizó que la fase radial corresponde a la “*fase temprana de la invasión del melanoma*”, que el pronóstico de la patología varía dependiendo de la escala Breslow, precisando que una profundidad leve es aquella menor a “*0.8 milímetros*”, resultando que el melanoma que presentó la demandante se puede denominar “*temprano*” o “*delgado*”.

⁴⁸ Ver archivo 22Audiencia28Jun2024(4) minuto 27:58

En igual sentido compareció al litigio la testigo Johanna Melisa Montes Palacio, médico especialista en dermatología adscrita a Aurora Centro Especializado en Cáncer de Piel quien dijo que la patología por la cual consultó Cipagaute Obando fue determinada con ayudas diagnósticas externas y correspondía a un “*melanoma invasor con un Breslow de 0.3 milímetros*” y que el diagnóstico que se le dio en la entidad a la paciente fue “***melanoma invasor en un estadio T1A***⁴⁹”, por lo cual se recomendó manejo mediante ampliaciones de márgenes quirúrgicos.

Explicó la médica que el procedimiento practicado en el centro Autora corresponde a un retiro del tejido incluidas las tres capas de la piel hasta llegar a la “*fascia*” en un perímetro de 10 milímetros a 360° alrededor de la cicatriz (*zona donde se practicó la biopsia*) y, aclaró además que cuando se habla de melanoma invasor:

“*quiere decir que esas células ya pasaron de la primera capa de la piel que se llama la epidermis, rompe una membrana que se llama la membrana basal y esas células alcanzan la segunda capa de la piel que se llama la dermis, el Breslow es uno de los principales factores pronósticos porque a mayor profundidad o a mayor medida del Breslow o a mayor profundidad de esas células tumorales en la piel el pronóstico es peor o las posibilidades de que ese melanoma ya no este localizado en la piel son mayores, lo mismo pasa con la ulceración, cuando hay un melanoma que ya rompió esa primera capa de la piel, o sea que no es un *in situ*, sino que es un melanoma invasor y hay ulceración esto también nos indica que la probabilidad de que ese melanoma ya deje de estar localizado a haber compromiso de otros órganos del sistema pueda ser mayor*

⁵⁰

En punto del estadio T1A reseñó: “*El estadio T1A es la clasificación por histopatología del melanoma con que me baso con*

⁴⁹ Ibid. Minuto 1:03:21

⁵⁰ Ibid. Minuto 1:24:48

*el eso, con el Breslow y con la ulceración, **el primer estadio o el mas superficial es el estadio in situ, cuando no hay invasión** ese es un estadio 0 y el estadio 1 es cuando los melanomas miden menos de 0.7 milímetros, como el caso de la paciente, 0.3 milímetros, y cuando no hay ulceración, cuando ya mide de 0.7 a 1 milímetro y hay ulceración ya avanzamos de estadio”⁵¹ y precisó que la sobrevida a cinco años una vez removido ese melanoma localizado es del 90% en los estadios 1 y 2 y que si bien la enfermedad local se erradica “*todos los pacientes que han tenido melanoma incluido el melanoma in situ pueden tener una recidiva en su vida que puede ser del 2% al 5%*”.*

Por último, el médico David Ernesto Rocha Beltrán, especialista en gerencia de la seguridad social quien se desempeña como director del área de evaluación médica y gestión de riesgos en la aseguradora demandada, refirió que recibida la reclamación y efectuados los correspondientes análisis técnicos y médicos se concluyó que:

“aunque se trata de un melanoma maligno invasivo no cumple la definición de cobertura, puesto que tenemos en el condicionado una exclusión en donde la etapa T1A de ese diagnóstico esta explícitamente excluido debido a que desde la severidad de la enfermedad no cumpliría esa filosofía del seguro de ser una enfermedad grave...me faltó mencionar la de cáncer que es una cobertura adicional, en ambos cubrimos el melanoma bajo la misma definición, entonces cuando un cliente tiene las dos coberturas contratadas si se llega a presentar o a configurar el evento de riesgo se paga por ambas coberturas...se hizo el análisis a la luz de la misma definición, cabe aclarar que la definición es la misma, por lo tanto si cumple en una cobertura, en un amparo que sería el de enfermedades graves también cumpliría para pagar el de cáncer y viceversa”⁵² (Se destaca)

⁵¹ Ibid. Minuto 1:26:46

⁵² Ver archivo 23Audieincia28Jun2024(5) minuto 18:20

Aclaró que la cobertura de cáncer “*es un paquete más pequeño*” diseñado para quienes no cuentan con la capacidad de adquirir el amparo de enfermedades graves y que en el amparo por cáncer se cumbre el “*melanoma maligno invasivo siempre y cuando tenga una clasificación superior al T1A*” precisando que la calificación como maligno invasor no significa que se “*extienda a otros órganos o tejidos, sino que supera la capa mas superficial de la piel*”, por ello el melanoma maligno invasor en estadio T1A cuyo tratamiento es muy similar al melanoma *in situ* no tiene cobertura por ser “*muy superficial*” ya que no genera el mismo impacto que un cáncer “*grave*” que es la finalidad que busca cubrir el seguro.

Al respecto, el Tribunal considera que de los elementos de prueba recaudados es posible concluir: **i)** que Mónica María Cipagauta Obando fue diagnosticada en vigencia de la póliza con un tipo de cáncer de piel denominado “*MELANOMA MALIGNO INVASOR BRESLOW 0.3 M.M CLARK II SIN ULCERACIÓN*”, que ubica la patología en un estadio T1A; **ii)** que la demandante contrató mediante la póliza vida No. 081004321433 los amparos por cáncer y enfermedades graves; **iii)** que ambos amparos establecen la misma definición de cáncer para determinar el riesgo asumido; **iv)** que el amparo por cáncer individualmente considerado es un amparo “*adicional*” y “*más pequeño*” y; **v)** que, en principio, de configurarse el riesgo por cáncer se afectaría la póliza en los dos (2) amparos mencionados, pero por la redacción de las exclusiones, es posible que se aplique una sola de ellas.

Claro lo anterior habrá de analizar la Sala si el cáncer de piel que aquejó a la demandante se encuentra excluido de cobertura y de ser el caso, si tal exclusión se redactó de forma clara atendiendo las obligaciones que recaen en cabeza de la demandada como

redactora del contrato de adhesión. Al efecto, adviértase que en ambos amparos se conceptuó el cáncer así:

“...tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y en caso de requerir cirugía podrá requerirse el estudio de patología luego de la misma”

Empero, en lo que respecta a las exclusiones se presentan discrepancias que huelga analizarlas de forma autónoma, así en el amparo por cáncer individualmente considerado se indicó:

“SURA no pagará la indemnización acordada cuando los eventos cubiertos sean consecuencia directa o indirecta de:

...
b) *Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo y también todos los carcinomas in situ o no invasivos, tampoco tendrá cobertura cualquier displasia, hiperplasia atípica o necrosis grasa, ni el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aNOM0), a menos que haya evidencia de metástasis.”*

Emerge diáfano del contrato, que es Ley para las partes, que dentro del amparo por cáncer se excluyó expresamente la cobertura del melanoma maligno en estadio T1A que es justamente la clasificación de la patología de la demandante y ello conlleva sin más a desechar los reparos de la apelante en este sentido, pues de la mera lectura de la cláusula transcrita contrastada con los documentos médicos arrimados y las explicaciones brindadas por los galenos que comparecieron al proceso, resulta evidente la configuración de la exclusión atendiendo a la clasificación del melanoma maligno que padeció la demandante en estadio T1A.

Sin embargo, en lo que respecta al amparo por enfermedades graves-cáncer y leucemia se estableció como exento de cobertura:

*“...Cáncer in situ o no invasivos, cualquier displasia, hiperplasia atípica o necrosis grasa, tampoco el melanoma maligno en estadio IA o menor (T1aNOM0), a menos que haya evidencia de metástasis, tampoco tendrá cobertura ningún tumor maligno de piel **a excepción del melanoma maligno invasivo**”* (Se destaca)

Obsérvese la diferencia en la redacción de la exclusión pues, aunque el médico Rocha Beltrán afirmó contundentemente que ambos amparos en lo que respecta al cáncer tienen la misma definición, en lo cual le asiste razón, también concluyó que el análisis para negar la afectación fue la misma en ambos casos porque compartían idéntica exclusión. Sin embargo, tras observar el contenido de las exclusiones en el componente cáncer se advierte que aquellas tienen una diferencia sustancial y coyuntural que impide que ambos amparos corran la misma suerte y es que, en el amparo por enfermedades graves se estableció la no cobertura de ningún tumor maligno de piel “**a excepción del melanoma maligno invasivo**” y ello implica inequívocamente que de la patología no cubierta (*tumor maligno de piel*) expresamente se consagró una excepción, que corresponde precisamente al diagnóstico de la paciente: melanoma maligno invasivo, excepción que no fue limitada al estadio. En otras palabras, en el amparo por enfermedades graves **todo melanoma maligno invasivo, con independencia del estadio, clasificación Breslow, Clark, ulceración o presencia de metástasis se encuentra cubierto.**

La excepción es clara y precisa, explorar otra interpretación carece de utilidad y solamente conduciría a concluir ambigüedad porque excluiría **todo** melanoma maligno en estadio T1A, pero cubriría el melanoma maligno invasivo cuando, de acuerdo con

los conceptos médicos referidos, el estadio T1A no necesariamente es equivalente al calificativo de invasor. Es decir que, como en este caso, pueden existir melanomas en estadio T1A invasores y no invasores y, por ende, la cláusula se debe comprender con sentido de utilidad, esto es, la gravedad de la enfermedad no solamente se hizo depender del tamaño del tumor (milímetros), sino también de su profundidad (capas) y el estudio histológico dio cuenta de que en el asunto bajo estudio el tumor resultó invasivo porque traspasó la epidermis y alcanzó la dermis, lo que implica técnicamente que se cumplió la condición prevista en el seguro para acceder a su cobertura. Otra intelección desconocería la intención y la lógica de la cláusula, suficientemente comprensiva del amparo (arts. 1618 y 1620 CC).

La interpretación restrictiva de los contratos de seguro colige que los riesgos amparados y excluidos se deben redactar de forma clara y precisa, por lo que acertó el *a quo* al concluir claridad de la estipulación contractual, pero esa misma claridad es la que permite concluir que el amparo contratado de cáncer y enfermedades graves es diferente por la redacción de la exclusión mencionada y ello conduce a concluir que en este caso hay lugar para la efectividad del seguro en el amparo por enfermedades graves porque pese a que se excluyó la cobertura del melanoma maligno en estadio T1A, se incluyó el melanoma maligno **invasivo** y, baste reiterar con base en la exposición de los galenos que declararon que la distinción entre invasor⁵³ o invasivo⁵⁴ deviene fútil pues de su dicho experto se desprende que la calificación como invasor deviene justamente de ser invasivo.

En ausencia de ambigüedad, no hacía falta explorar como lo hizo el juzgado de primera instancia la “*finalidad*” o “*teleología*” del

⁵³ “adj. Que invade. U. t. c. s.” <https://dle.rae.es/invasor>

⁵⁴ “adj. Biol. y Med. Que invade o tiene capacidad para invadir.” <https://dle.rae.es/invasivo>

riesgo amparado, pues los términos del seguro expresamente delimitaron el riesgo y así lo explicó el médico Rocha Beltrán, adscrito a la compañía de seguros, al ser cuestionado por los parámetros que rigen la configuración del siniestro refirió:

“se hace con base en las condiciones que están pactadas en el contrato de seguro, lo que pasa es que esas condiciones son explicadas por la filosofía de la cobertura, pero clarísimo que se hace con las condiciones que están escritas y pactadas en el contrato de seguros”⁵⁵ (Se destaca)

La tesis presentada por la aseguradora demandada y acogida por la primera instancia, escapa del marco contractual y se ubica en una construcción interpretativa que pasa por alto las reglas hermenéuticas restrictivas propias del contrato de seguro. La gravedad de la enfermedad no es un calificativo que pueda ser determinado subjetivamente por el juez, las partes o sus apoderados, es un adjetivo que para el contrato de seguro tenía que ser definido en el clausulado, como lo fue en el asunto bajo examen y no puede desconocerse so pretexto de la finalidad o filosofía porque de tal manera se contrariaría la definición y asunción del riesgo como elemento de la esencia del contrato de seguro y, aceptarlo implicaría desconocer la naturaleza condicional del siniestro para permitir que sea la aseguradora quien determine arbitrariamente la realización del suceso incierto. Por el contrario, la razón de la decisión en segunda instancia consiste precisamente en que el riesgo en punto del amparo por enfermedades graves fue clara y expresamente establecido en la póliza que, al incluir una excepción a la exclusión, terminó consagrando la cobertura bajo tal amparo para el melanoma maligno invasivo, la póliza determina cubierto el melanoma maligno invasor sin atender al estadio.

⁵⁵ Ibid. Minuto 1:22:04

Si el seguro en el amparo por enfermedades graves contempló expresamente el cáncer y se previó excluir determinados tipos de cáncer, tal exclusión se debía pactar de una forma tan clara que proscribiera cualquier duda, vaguedad o interpretación, pues en caso contrario, de llegar al punto de requerir un ejercicio hermenéutico, aquel se deberá efectuar en contra de la redactora del contrato, esto es la compañía de seguros, frente a lo cual ha dicho sin vacilar la jurisprudencia:

*“Especificamente en tratándose de contratos de adhesión, como lo es el de seguros, **está la interpretación «pro consumatore» o favorable al consumidor** (art. 78 Constitución Nacional); la «contra preferentem» en virtud de la cual las cláusulas ambiguas dictadas por una de las partes debe interpretarse en su contra (art. 1624 ib); la de confianza del adherente, según la cual las disposiciones deben comprenderse en su acepción corriente o habitual desde el punto de vista del destinatario; entre otras (sentencia citada).”⁵⁶ (Se destaca)*

La interpretación del Tribunal encuentra respaldo en lo expuesto por el director del área de evaluación médica y gestión de riesgos de la aseguradora demandada, pues explicó que la cobertura por cáncer correspondía a un amparo más pequeño o adicional, dirigido a consumidores financieros de menor capacidad económica y ello explica que la prima de cada uno de los amparos difiera: la de enfermedades graves (\$1'122.652) es considerablemente superior a la de cáncer (\$214.383), indicando lógicamente que sus coberturas son distintas y por eso a mayor costo, mayor cobertura, como se refleja en la lectura que ha quedado expuesta y en la diferencia de la exclusión, de tal forma que el amparo de enfermedades graves es más robusto y comprensivo en cobertura que el de cáncer y que es el que opera en este caso.

⁵⁶ CSJ SC129-2018.

En este caso, ni siquiera se puede considerar la existencia de vaguedad alguna, se insiste, la redacción por parte de la compañía de seguros de las exclusiones en el amparo por enfermedades graves ha de interpretarse de manera restrictiva y el texto de la póliza da cuenta de que la enfermedad diagnosticada está cubierta, por lo que el seguro se debe hacer efectivo en tal amparo y, en gracia de discusión, la eventual ambigüedad tendría que interpretarse en contra de la aseguradora⁵⁷. En ese sentido, saldrá abante la apelación ya que se encuentra acreditado el riesgo asegurado en dicho amparo, lo que conlleva al acogimiento parcial de las pretensiones, dando lugar a ordenar a la compañía de seguros asumir el pago del amparo ENFERMEDADES GRAVES (\$714'609.600) contenido en la póliza No. 081004321433.

- **5.5 ¿Procede y a partir de qué momento el reconocimiento de intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio?**

De cara al éxito parcial de la alzada es procedente analizar en esta instancia el reconocimiento de intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, pues mientras la asegurada cumplió las cargas a su cargo estipuladas en el artículo 1077⁵⁸ *ibidem* -demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro-, la compañía de seguros no hizo lo propio respaldando probatoriamente la estipulación de exclusiones ajustadas a las

⁵⁷ CSJ SC 276-2023 “(...) la Ley 1448 de 2011 (sic) establece una serie de cargas tendientes a que la aseguradora le informe de forma clara, suficiente y precisa al tomador, sobre la existencia, efectos y alcance de las condiciones generales, al paso que prevé que estas deben ser redactadas de forma clara, completa y precisa, so pena de que se tengan por no escritas, pero también prohíbe incluir cláusulas que habilten a la parte proveedora a modificar unilateralmente las condiciones contractuales o dejar de cumplir sus obligaciones (art. 38) y sanciona con ineficacia las cláusulas que denomina abusivas (art. 42)”

⁵⁸ “**CARGA DE LA PRUEBA.** Correspondrá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Inciso adicionado por el artículo 243 de la Ley 2294 de 2023. ...”

normas de orden público que rigen la materia. Así, la anotada norma determina que:

“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad. (...) El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.”

Atendiendo a los supuestos fácticos que cimentan cada caso en concreto, la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, ha trazado el siguiente lineamiento para determinar el momento a partir del cual se causan los anotados intereses moratorios⁵⁹:

- “a. Si el hecho dañino y los perjuicios se probaron con la reclamación extrajudicial, la condena por intereses moratorios procede desde el mes siguiente a la reclamación.*
- “b. Si el hecho dañino se probó con la reclamación, pero los perjuicios se probaron en el proceso, la condena por intereses moratorios procede desde el auto admisorio de la demanda.*
- “c. Si el hecho dañino y los perjuicios se probaron en el proceso, los intereses serían sólo desde la sentencia.”*

Criterio que ha sido acogido en oportunidades anteriores por esta Sala de Decisión⁶⁰ y, que aplicado en el caso concreto presupone que, si bien habrán de desecharse parcialmente las excepciones propuestas por Seguros de Vida Suramericana S.A.,

⁵⁹ STC8573 de 2020 y STC10662 de 2024, entre otras.

⁶⁰ Ver sentencia del 4 de octubre de 2023, Rad. 05001310302220210024301, Ponente Martín Agudelo Ramírez; sentencia del 12 de febrero de 2025, Rad. 05001310301220220020102 Ponente José Omar Bohórquez Vidueñas, Sentencia del 6 de agosto de 2025, Rad.05001310301720230009201, Ponente Martín Agudelo Ramírez, entre otras.

los intereses moratorios deberán reconocerse a partir de la notificación de esta sentencia, porque fue tan solo agotado el trámite judicial en segunda instancia que pudo determinarse la ineficacia de las exclusiones propuestas en la objeción a la reclamación directa frente al amparo por enfermedades graves, es decir, fue solo el análisis probatorio y jurídico efectuado en esta instancia el que permitió establecer la configuración del siniestro y la cobertura parcial de la póliza, por ello, es solo a partir de la sentencia de segunda instancia que deberán reconocerse intereses de mora, ya que la sanción moratoria no se impone de manera objetiva⁶¹ “*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*”⁶² y esa causa, que en principio era justificada tan solo fue demeritada con ocasión del pronunciamiento jurisdiccional.

6. SÍNTESIS Y CONCLUSIÓN.

Las compañías de seguros tienen el deber legal de informar a los tomadores de forma suficiente y previa los condicionamientos particulares de la póliza que adquieren, especialmente los amparos básicos y exclusiones y es dable acreditar el cumplimiento de tal deber con la entrega de la póliza, entrega que podrá efectuarse de forma física o digital. En este caso se acreditó la entrega de la póliza que atiende tales exigencias y por tanto se cumplió el deber de información.

En materia de seguros rige la interpretación restrictiva pues “*la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas*” y en este caso la póliza da cuenta de dos amparos que, pese a haberse diseñado a partir de la misma

61

62 CSJ SC 5 nov. 2013, exp. 1998-15344-01

definición del cáncer, comprendieron coberturas diversas al haber diseñado de manera distinta la exclusión, de tal forma que en virtud de la claridad del clausulado frente al diagnóstico de la demandante, el amparo por cáncer está excluido, pero el diagnóstico por enfermedad grave está cubierto y ello amerita revocar parcialmente la sentencia para su efectividad.

Los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, solo podrán reconocerse a partir de la notificación de la sentencia cuando es tan solo agotado el debate jurisdiccional que logra acreditarse la configuración del siniestro y la consecuencial cobertura de la póliza, como en efecto se dispondrá.

En suma, se revocará parcialmente la decisión de primera instancia para, en su lugar, estimar parcialmente las pretensiones y condenar por los montos indemnizatorios por el amparo de enfermedades graves con la imposición de condena en costas por la primera instancia en contra de la demandada (art. 365.3 CGP), sin lugar a condena en costas por la segunda instancia debido al éxito parcial de la alzada.

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN SALA PRIMERA DE DECISIÓN CIVIL, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley;

7. RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR PARCIALMENTE la sentencia de primera instancia proferida el 2 de julio de 2024 dentro del asunto de la referencia y, en su lugar, DECLARAR la ineficacia de las exclusiones contenidas en la póliza de seguro No. 081004321433 en que fungió como tomadora, asegurada y

beneficiaria MÓNICA MARÍA CIPAGAUTA OBANDO en lo que respecta al amparo por ENFERMEDADES GRAVES.

SEGUNDO: DECLARAR configurado parcialmente el riesgo asegurado en la póliza No. 081004321433 y, en consecuencia, condenar a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a pagar el amparo por ENFERMEDADES GRAVES por \$714'609.600, a lo que deberá proceder en el término de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de esta providencia.

TERCERO: CONDENAR a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., al pago de intereses moratorios sobre la suma reconocida y desde el momento indicado en el numeral anterior, a la tasa de 1.5 veces el interés bancario corriente.

CUARTO: CONFIRMAR en lo demás la decisión.

QUINTO: CONDENAR en costas en la primera instancia a la demandada. Sin lugar a condena en costas por la segunda instancia debido al éxito parcial de la alzada.

SEXTO: DEVOLVER el expediente al juzgado de origen, una vez se encuentre ejecutoriada la presente sentencia.

NOTIFÍQUESE

(Firma electrónica)

SERGIO RAÚL CARDOSO GONZÁLEZ

Magistrado

(Firma electrónica)

MARTÍN AGUDELO RAMÍREZ

Magistrado

(Firma electrónica)

JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS

Magistrado

Firmado Por:

Sergio Raul Cardoso Gonzalez

Magistrado

Sala 001 Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Jorge Martin Agudelo Ramirez

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Dirección Ejecutiva De Administración Judicial

Funcionario

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Jose Omar Bohorquez Vidueñas

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Sala 007 Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Firma Con Salvamento De Voto

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:

**cb1c97940d95faf1b9d6ec0df371b1087590a7714db6b4c071
ee617cdf0aac05**

Documento generado en 27/01/2026 09:40:40 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico
en la siguiente URL:**

<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>



SALA PRIMERA DE DECISIÓN CIVIL

Medellín, veintisiete (27) de enero de dos mil veintiséis (2026)

RADICADO: 05001-31-03-006-2023-00510-01

SALVAMENTO DE VOTO

Al observar el contrato de seguro soporte de la acción, de cara a los amparos pactados y relacionados con la *causa petendi*, estos corresponden a:

ENFERMEDAD	COBERTURAS PROTECCIÓN PARA TU LIBERTAD Y AUTONOMÍA		VALOR ASEGURADO INICIAL	VALOR ASEGURADO ALCANZADO	% CRECIMIENTO	% IVA	VALOR IVA	PRIMA ANUAL	PRIMA MENSUAL
Cáncer	\$ 238,203,200	\$ 238,203,200	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 214,383	\$ 19,507		
Enfermedades graves	\$ 714,609,600	\$ 714,609,600	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 1,122,652	\$ 102,161		
Invalidez, pérdida funcional y desmembración por enfermedad	\$ 119,101,600	\$ 119,101,600	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 306,925	\$ 27,930		
Invalidez, pérdida funcional y desmembración por accidente	\$ 1,191,016,000	\$ 1,191,016,000	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 547,867	\$ 49,856		
Gastos de curación	\$ 0	\$ 0	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 0	\$ 0		
Renta diaria por accidente	\$ 0	\$ 0	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 0	\$ 0		
Accidentes personales complementario	\$ 47,640,640	\$ 47,640,640	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0	\$ 566,924	\$ 51,590		
Total prima mensual: \$ 251,046									

Ahí es evidente que los amparos “cáncer” y “enfermedades graves”, son diferentes, de donde en una sana interpretación de los artículos 1621 y 1622 del C. de Co., si bien aquel -cáncer-, es una enfermedad catalogada doctrinalmente como grave (ver Corte Constitucional, Sentencias T-200 y T 194 ambas de 2025), no es factible que en el contrato de marras se le tenga como “enfermedad grave”, pues precisamente, su amparo y exclusiones tuvieron ítems específicos.

Para ser más precisos, en este caso el concepto “enfermedades graves” es el género, y “cáncer” la especie; pero como ésta última tuvo

una regulación contractual especial e independiente, tanto a nivel amparo como en las exclusiones, pues a lo mismo debemos atenernos.

Si ello es así, aparte de coincidir con la posición mayoritaria en el sentido que la demandante fue informada de las condiciones de la póliza de seguro sustento de la acción, también me avengo a la expresión “... que dentro del amparo por cáncer se excluyó expresamente la cobertura del melanoma maligno en estadio T1A que es justamente la clasificación de la patología de la demandante y ello conlleva sin más a desechar los reparos de la apelante en este sentido”, lo cual implica que no se consolidó el riesgo amparado.

Lo anterior en cuanto al descartarse el evento “cáncer”, el mismo ya no podía ser considerado en el de “enfermedades graves”, sino que estas quedaban para otra serie de patologías que estuvieran para confirmar, en las que no se basó la acción ni fueron alegadas en las presentes.

Por todo lo anterior, las súplicas de la demanda debieron ser desestimadas, lo que conllevaba a confirmar la decisión atacada.

Cordialmente:

JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS
Magistrado

Firmado Por:

Jose Omar Bohorquez Vidueñas
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 007 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Código de verificación: **aca1f747c7db10ab8ec17f024a374189d4d5c8cad96fb432d9b61e49a0dc965**

Documento generado en 27/01/2026 08:10:29 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>