

TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SALA DE DECISIÓN CIVIL

Bogotá, D. C., once de marzo de dos mil veintiséis

Magistrado Ponente: **Germán** PERSONA

Radicado: 11001 31 99 003 2024 06971 01 - **Procedencia:** Superintendencia Financiera
Proceso: DEMANDANTE vs. Cardif Colombia Seguros Generales S.A.
Asunto: Apelación sentencia
Aprobación: Sala virtual; Aviso N.º 9
Decisión: Confirma

Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por la demandada contra la sentencia de 20 de octubre de 2025, proferida por la Superintendencia Financiera, en el presente proceso verbal de protección al consumidor de DEMANDANTE contra Cardif Colombia Seguros Generales S.A.

ANTECEDENTES

1. Pidió el DEMANDANTE se declarara que la demandada trasgredió el principio de responsabilidad previsto en el literal d) del art. 3º de la Ley 1328 de 2009, puesto que no atendió de manera “...eficiente y debidamente en los plazos y condiciones previstos en la regulación vigente las quejas o reclamos interpuestos por el consumidor financiero...”, “referente a la reclamación de fecha 07/02/2024”; en consecuencia, se condenara a la aseguradora a realizar el “pago de la Póliza de vida con certificado IDENTIFICADOR OR FINANCIERO IDENTIFICADOR FINANCIERO y IDENTIFICADOR OR FINANCIERO IDENTIFICADOR FINANCIERO que ampara por DATO DE SALUD total, en la suma de \$200.000.000”, junto con “los intereses moratorios a la tasa máxima...”, “a partir del día 23/03/2024...”.

¹ Folios 1 a 5, consecutivo 001, cuad. ppal.

del asegurado; (v) siniestro fuera de la vigencia del seguro; (vi) cualquier otro medio defensivo que se encuentre demostrado².

Precisó que la póliza referida por el DEMANDANTE como IDENTIFICADOR FINANCIERO, en realidad tiene el número de identificación IDENTIFICADOR FINANCIERO cuya vigencia inició el 31 de enero de 2023, mientras que la póliza IDENTIFICADOR FINANCIERO tuvo vigencia a partir de 7 de julio de 2023.

4. El DEMANDANTE descorrió el traslado de las excepciones con la exposición de argumentos para que fueran desestimadas, y la solicitud de pruebas³.

LA SENTENCIA APELADA

El funcionario *a quo* tuvo por no probadas las excepciones, declaró responsable a la demandada por incumplimiento de las pólizas objeto del este proceso y la condenó al pago –a favor del DEMANDANTE de \$200.000.000 más intereses moratorios a partir de 7 de marzo de 2024⁴.

Para esas decisiones citó las previsiones del art. 37 de la Ley 1480 de 2011 (numeral 3º) junto con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil (SC495-2023) y otras providencias de este Tribunal, relacionadas con la carga de la aseguradora de probar que cumplió con el deber de informar y explicar de manera oportuna al consumidor financiero de la cobertura, exclusiones y garantía de la póliza, so pena de que tales estipulaciones se tornen en ineficaces al tenor de la norma citada, al tratarse de un contrato de adhesión.

² Consecutivo 025, cuad. ppal.

³ Consecutivo 031, cuad. ppal.

⁴ Acta de audiencia, consecutivo 075.

Detalló que la celebración de las dos pólizas en cuestión se realizó por el mecanismo de la autogestión, sin que hubiera firma manuscrita o mecánica por parte del DEMANDANTE de haber recibido el clausulado de los contratos, aunado a que las constancias “*landing*” no ofrecen certeza de que el consumidor financiero hubiese conocido y entendido de las condiciones del seguro de vida, y – especificó– el mero envío de un OTRO sea suficiente para tal propósito.

Mencionó que el DEMANDANTE afirmó no haber recibido la información de los seguros y que tampoco le preguntaron o indagaron sobre su estado de salud, mientras que la demandada omitió acreditar que de manera antelada entregó y explicó todos los pormenores de las pólizas, situación que conlleva a que se tornen en ineficaces las restricciones a la cobertura por DATO DE SALUD y permanente, y sus respectivas exclusiones.

Señaló que conforme a las condiciones generales del seguro de vida el DEMANDANTE demostró la ocurrencia del siniestro, puesto que aportó dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar con concepto final de DATOS DE SALUD DATOS DE SALUD DATOS DE SALUD DATOS DE SALUD DATOS DE SALUD con fecha de estructuración 30 de noviembre de 2023, esto es, dentro del término de vigencia de ambas pólizas.

Destacó la cuantía del riesgo asegurado de \$100.000.000 en cada una de las pólizas, de allí que –concluyó– la aseguradora esté conminada a responder a favor del DEMANDANTE por el pago de \$200.000.000, junto con los intereses moratorios a partir de 7 de marzo de 2024, al tenor del art. 1080 del C. Co.

LA APELACIÓN

a) La demandada presentó y sustentó en oportunidad recurso de apelación⁵, en el que calificó de incongruente el fallo impugnado, puesto que –precisó– “*si bien el DEMANDANTE censura una presunta falta de la respuesta y que supuestamente no se hubiera indagado por su estado de salud, en ninguno de los hechos se alegan inconsistencias, omisiones o deficiencias en la información suministrada*”, “*sin que las facultades extra y ultra petita del juez de la acción de protección al consumidor, que se refieren a las pretensiones, faculden al juez para adicionar otros hechos a la causa petendi*”.

Indicó que los productos financieros objeto de este asunto fueron “*voluntarios y digitales*”, de modo que aplican las previsiones normativas de los arts. 10 y 11 de la Ley 527 de 1999 y el art. 247 del Cgp, documentos aportados al proceso que no fueron tachados de falsos y en los que se explica la forma de adquisición de los seguros, el proceso de suscripción, la declaración de asegurabilidad y la información suministrada por el DEMANDANTE sin que sobre el particular sea factible exigir tarifa probatoria.

Refirió que el dictamen de DATO DE SALUD denota serias irregularidades, puesto que se trató de un trámite particular ante una Junta Médica de circunscripción territorial distinta al domicilio del DEMANDANTE cuyo examen médico se hizo por medios virtuales so pretexto de pandemia, la historia clínica valorada por los médicos fue parcial (principalmente año 2022), aunado a que el DEMANDANTE aún permanece como miembro activo de la Policía Nacional en el grado de patrullero, sin que haya evidencia de haber agotado el trámite de medicina laboral en dicha institución, el cual tiene regulación especial.

⁵ Consecutivo 006, cuad. Tribunal.

Sugirió que –en su opinión– la conducta del DEMANDANTE es de mala fe, pues del interrogatorio de parte y demás pruebas del proceso puede colegirse que pese a conocer su verdadero SALUD contrató dos pólizas que amparan el mismo riesgo DATO DE SALUD y permanente), mientras solicitaba y practicaba de manera particular un dictamen con el único objetivo de reclamar, al poco tiempo, el pago de los seguros de vida sin perjuicio de continuar laborando en la Policía Nacional.

Señaló que el consumidor financiero también tiene el deber de informarse de los productos que adquiere (literal b del artículo 6 de la Ley 1328 de 2009), y la compañía aseguradora de ningún modo puede garantizar que el consumidor adopte prácticas de autoprotección de leer y conocer el clausulado de los productos financieros.

Insistió en que el dictamen alude a que la invalidez se deriva de SALUD SALUD SALUD DATO DE SALUD antes de entrar en vigencia las pólizas, por ende, se tratan de hechos ciertos que no inciertos ni aleatorios (arts. 1036 y 1045 del C.Co.), motivo por el que no puede haber cobertura según la definición de amparo prevista para las pólizas de seguro de vida.

b) El DEMANDANTE descorrió el traslado de la sustentación y en concreto pidió que fuera confirmada la sentencia de primera instancia⁶.

CONSIDERACIONES

1. Restringida la competencia del Tribunal a los reparos para apelar que fueron sustentados, el debate se enfoca en dilucidar si fue acertada la

⁶ Consecutivo 007, cuad. ppal.

decisión del funcionario *a quo* en declarar la responsabilidad de la demandada por incumplir con el deber de información para con el consumidor financiero respecto a las condiciones y clausulado de las dos pólizas objeto de este asunto, junto con la respectiva condena al pago de los valores asegurados y sus intereses moratorios al tenor del art. 1080 del C. Co., aspectos todos estos que se analizarán en atención a las puntuales alegaciones de la apelante.

De entrada se advierte que la respuesta a esos cuestionamientos consiste en que ha de confirmarse la sentencia apelada, puesto que ninguno de los reparos de apelación tiene la virtud de derruir los fundamentos legales y jurisprudenciales en los que se basó el fallo impugnado, tratándose del incumplimiento de la aseguradora de atender el deber de información sobre la cobertura, exclusiones y garantías de las pólizas materia de este proceso.

2. Para comenzar y como se sintetizó en los antecedentes, el DEMANDANTE fue enfático en basar sus pretensiones en que la aseguradora incumplió con el deber de información para con el consumidor financiero, pues afirmó que no le fueron entregados todos los datos concernientes a las REFERENCIA A PRODUCTOS que había contratado, y que se vio sorprendido cuando al reclamar el pago, la aseguradora objetara bajo condiciones contractuales que desconocía.

En esos contornos fue que el funcionario *a quo* decidió este asunto, en la medida en que explicó ampliamente en qué consistía el deber de información y diligencia por parte de la aseguradora a voces del estatuto del consumidor financiero, de allí que no pueda calificarse la sentencia apelada como incongruente.

Además, si bien el [ETIQUETA SEMÁNTICA] no tachó de falsos los documentos que aportó la [ETIQUETA SEMÁNTICA] ni discutió su contenido, eso no quiere decir que haya aceptado implícitamente que conoció el clausulado contractual de manera oportuna; en realidad la discusión se mantuvo y enfocó –se insiste– en que la aseguradora no informó ni explicó de manera antelada o concomitante con la suscripción o adhesión del consumidor a las [ETIQUETA SEMÁNTICA] [ETIQUETA SEMÁNTICA] [ETIQUETA SEMÁNTICA] de todas las condiciones relacionadas con cobertura, exclusiones y garantías.

Con todo, tratándose de la acción de protección al consumidor, recuérdase que el juez o funcionamiento de conocimiento está en la facultad de fallar “*infra, extra y ultra petita*” (numeral 9º, art. 58, Ley 1480 de 2011), norma que se erige como una clara excepción a la aplicación del principio de congruencia previsto en el art. 281 del Cgp invocado por la apelante.

3. Ahora bien, ninguna duda surge en punto a que las dos pólizas en cuestión se catalogan como contratos de adhesión, visto que fue la [ETIQUETA SEMÁNTICA] quien redactó su clausulado y el consumidor financiero solo manifiesta su consentimiento de adherir al contrato, de allí que sea aplicable las previsiones del art. 37 de la Ley 1480 de 2011 que dispone: “*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 resalta).

4. Como puede observarse, la norma es enfática en reiterar que la aseguradora debe informar y explicar al consumidor el clausulado de las pólizas (cobertura, exclusiones y garantías) de forma **anticipada.**

El funcionario *a quo* citó en extenso la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil **NÚMERO DE SENTENCIA**, la cual es de relevancia y que por su importancia para mayor claridad se cita a continuación en lo pertinente:

«(...) Como el citado artículo 37-3 del Estatuto del Consumidor impone al asegurador hacer entrega anticipada al potencial tomador del clausulado predispuesto del contrato de seguro –explicándole, además, lo referente a las coberturas, exclusiones y garantías–, resulta necesario clarificar qué debe entenderse por hacer entrega (o entregar), debiéndose anticipar que una exégesis excesivamente literal de dicho vocablo puede entrar en contradicción con otras disposiciones legales vigentes, amén de desdibujar el principio de buena fe y la naturaleza misma de las interacciones libres y voluntarias entre personas, que son características del derecho privado.

*Ciertamente, la expresión que empleó el legislador –«el asegurador **hará entrega** anticipada del clausulado al tomador»–, interpretada textualmente, parece subordinar la eficacia de las estipulaciones predispuestas del contrato de seguro a su inserción en un documento, que debe ser puesto en poder del tomador, bien sea a través de un acto de traspaso físico, o mediante otro equivalente, como la remisión como mensaje de datos al buzón electrónico del tomador, por ejemplo.*

No obstante, 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 detalladamente las condiciones generales al futuro asegurado, con el objetivo de garantizar que su consentimiento sea plenamente informado y su declaración de voluntad, idónea.

Cabe añadir que una comunicación clara y efectiva por parte de la aseguradora fortalece la transparencia y la confianza en la relación contractual. La promoción del entendimiento integral de las condiciones del seguro, con antelación a la firma del contrato, cumple con un principio ético de claridad y honestidad, -que son valores esenciales de la sociedad-, y puede prevenir futuros litigios, originados por malentendidos, o deficiencias en el flujo de información. De ahí la importancia de verificar que el tomador del seguro comprenda las condiciones a las que se adhiere, y la consecuente evaluación de la suficiencia del medio a través del cual se logre esta comprensión.

(...) En suma, resulta incuestionable que las aseguradoras tienen el deber de cerciorarse de que sus potenciales clientes conozcan a cabalidad el clausulado predispuesto de los contratos de seguro, de modo que, cuando manifiesten su decisión de adherirse, lo hagan con información suficiente sobre su contenido y alcances, especialmente en lo relativo a los pactos más trascendentes para el devenir contractual –v. gr. cobertura, exclusiones y garantías–. De ese modo se legitima una expresión de voluntad que se reduce a aceptar lo que otro ofrece.

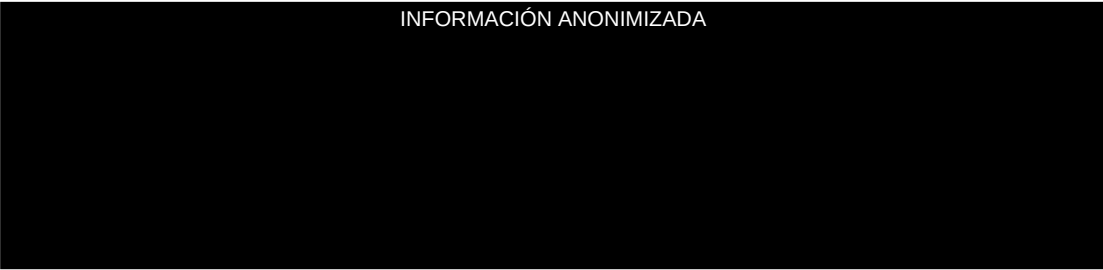
También es irrefutable que hacer entrega del documento que recoge las condiciones generales del contrato de seguro, en el sentido literal que se indicó supra, parece un método sencillo e intuitivo para que la aseguradora satisfaga el deber de información que le compete. Sin embargo, de ello no se sigue 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 predispuesto, se desembarace de los pactos que aceptó, simplemente alegando que no se le hizo entrega de un documento contentivo de dichas condiciones generales».

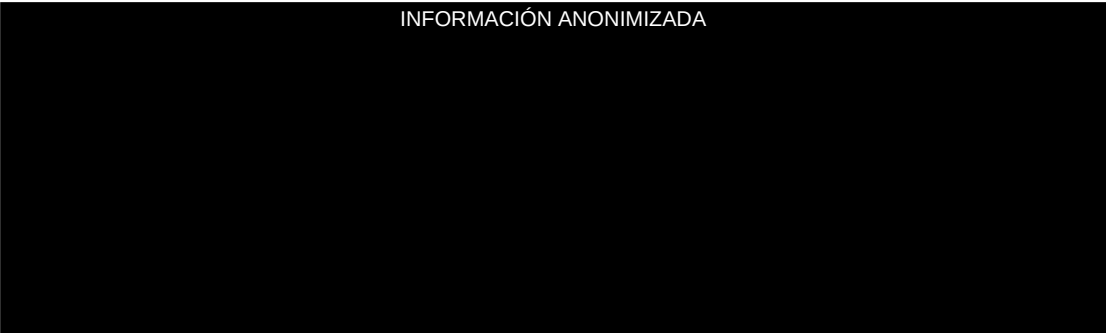
5. Para los contornos de este asunto, quedó claro que pese al decreto de pruebas de oficio por parte del funcionario *a quo*, la demandada

manifestó no encontrar las pruebas alusivas a los pormenores de cómo fue que se le brindó asesoría e información al DEMANDANTE al momento de adherir a las pólizas de seguro de vida⁷, en particular las declaraciones de asegurabilidad ni los nombres de las personas que dieron asesoría a los DEMANDANTE para que pudieran ser escuchadas en testimonio.

Se menciona por la aseguradora que la adhesión a las pólizas se hicieron de forma “autogestionable”, incluso en la contestación de la demanda se señala el método “Hall-Tmk” con una muy breve descripción precisamente de autogestión por parte de tomador, pero en nada se explica de manera técnica su funcionamiento ni de cómo puede verificarse que el consumidor siquiera recibió en su correo electrónico y abrió los documentos relacionados con las condiciones generales y particulares de las pólizas, de allí que solo haya dudas sobre el particular, tanto más cuando los “landing” que supuestamente corroboran el envío de la información a los correos del DEMANDANTE ostentan serias falencias evidenciadas por el *a quo*, pues son recortes de pantallas incorporadas al escrito de contestación⁸, una con fecha de envío posterior a la entrada en vigencia de la póliza (no de manera anticipada), y la otra carece de ese dato, incluso con destino a un correo electrónico que desconoce la parte actora: CORREO ELECTRÓNICO



⁷ 9mm00ss, consecutivo 064, cuad. ppal.
⁸ Folios 10 y 11, consecutivo 025, cuad. ppal.



De manera que esa información ni siquiera fue aportada como prueba, sino más bien como algunos datos incluidos en el mismo cuerpo de la contestación de la demanda a modo de “recortes de pantalla”, cuya valoración solo puede ser atendida bajo los parámetros del art. 247 del Cgp, esto es, meras imágenes que en realidad no aportan certeza del envío y recepción de la información del contrato por parte de la demandada con destino al DEMANDANTE tanto más cuando este último niega enfáticamente haber recibido el clausulado contractual.

Y es que, como apenas es obvio, los mencionados “*landing*” no fueron aportados en el “*mismo formato en que fueron generados, enviados, o recibidos, o en algún otro formato que lo reproduzca con exactitud*” (art. 247 del Cgp), de allí que no puedan valorarse o dárseles fuerza probatoria como si se tratara de “mensaje de datos” al tenor de los arts. 10 y 11 de la Ley 527 de 1999 citados por la apelante.

6. En ese orden, como la demandada no demostró que cumplió con el deber de información en los términos que vienen de explicarse, no otra podía ser la decisión del funcionario *a quo* en tener como ineficaces las restricciones sobre la cobertura del riesgo asegurado DATO DE SALUD y las respectivas exclusiones, por imperativo del art 37 de la Ley 1480 de 2011.

Bajo tal premisa, resulta inocuo profundizar sobre las particularidades de la cobertura y la exclusión invocada por la apelante, concerniente a

DATO DE SALUD halladas o **DATO DE SALUD** antes de entrar en vigor las pólizas, toda vez que –se reitera– al vulnerarse el deber de información por parte de la aseguradora, tales restricciones se tendrán por no escritas.

7. Alegó la apelante mala fe del **DEMANDANTE** según indicios relacionados con la solicitud y práctica de un dictamen particular ante la Junta Regional de Calificación de Bolívar, cuando lo correcto hubiera sido seguir el trámite especial de medicina laboral de la Policía Nacional, entidad pública donde actualmente sigue prestando servicio el **DEMANDANTE**

DEMANDANTE

Empero, tal supuesto fáctico no fue planteado como excepción de la demanda, ya que a lo sumo la demandada alegó reticencia pero por el hecho de que el consumidor no informó de su **DATOS DE SALUD**

Al respecto, téngase en cuenta que la buena fe se presume (art. 83 Constitucional y art. 835 del C.Co.), mientras que la mala fe debe probarse.

En los contornos de este asunto, quedó evidenciado que la demandada no presentó al **DEMANDANTE** un cuestionario de declaración de asegurabilidad para que lo diligenciara de manera consiente, libre y voluntaria e informara sobre su **DATOS DE SALUD** en los términos del art. 1058 del C. Co., o que siquiera al momento de adherir a las pólizas el asesor financiero le hubiere preguntado al tomador del seguro sobre su historia clínica o las circunstancias especiales de su situación laboral con la Policía Nacional, de allí que no pueda afirmarse categóricamente que hubo mala fe por parte del consumidor financiero, sino más bien, las alegaciones del recurso se trata de conjeturas aducidas por la aseguradora.

Y en cuanto se arguye que los [DATOS DE SALUD] [DEMANDANTE] eran hechos ciertos o determinados antes de la vigencia de las pólizas y que por lo mismo son ajenos a la naturaleza del contrato de seguro que solo cubren hechos futuros inciertos o aleatorios, precísase que para este caso el riesgo asegurado por las dos pólizas en cuestión aluden específicamente a la [DATO DE SALUD] y permanente, cuyo siniestro se configura con el “dictamen de [DATO DE SALUD] de la junta regional o nacional de calificación en el que conste causa de la invalidez % de invalidez y descripción de la disminución” (numeral 3º clausulado general)⁹, sin que la demandada haya probado que antes de adherir a las pólizas, el [DEMANDANTE] tenía plena certeza sobre que la Junta Médica Regional de Bolívar le dictaminaría una [DATO DE SALUD] o permanente superior al 50%, sino que en realidad y conforme a las pruebas obrantes en el expediente, la invalidez de tales características permaneció como un hecho incierto hasta que la referida Junta Médica profirió el dictamen con fecha de estructuración 30 de noviembre de 2023, momento en el que las pólizas tuvieron vigencia, de allí que la aseguradora esté conminada al pago indemnizatorio respectivo, tal cual explicó el funcionario *a quo*.

8. Fue demostrado que cada una de los dos pólizas de seguro de vida tienen un valor asegurado de \$100.000.000, y que el siniestro se acreditó con la experticia de la [SALUD] [SALUD] [SALUD] [SALUD] [SALUD] que dictaminó el 30 de noviembre de 2023 la [DATOS DE SALUD] [DEMANDANTE DE SALUD] con fecha de estructuración de la misma calenda, esto es, en vigencia de ambas pólizas, razón por la que procede la condena a la parte demandada tal cual lo precisó el funcionario *a quo*.

⁹ Consecutivo 022, cuad. ppal.

9. En atención a la condena por intereses moratorios a partir de 7 de marzo de 2024¹⁰, adviértese que se trata de una decisión de primera instancia que se ajusta al imperativo del art. 1080 del C. Co., sin que la apelante alegara razón o motivo valedero por el cual no debiera aplicarse la norma citada.

10. En conclusión, se confirmará la sentencia de primera instancia y se condenará en costas a la parte apelante (art. 365, numeral 3º, del Cgp).

DECISIÓN

Por lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, D.C., en Sala de Decisión Civil, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia apelada, proferida el 20 de octubre de 2025 por la Superintendencia Financiera.

Se condena en costas de segunda instancia a la parte apelante. El magistrado sustanciador fija como agencias en derecho la suma de \$2.000.000. Liquídense (art. 366 del Cgp).

NOTIFÍQUESE Y DEVUÉLVASE

Los Magistrados,

PERSONA

PERSONA

PERSONA

Radicado: 11001 31 99 003 2024 06971 01

Firmado Por:

PERSONA

Sala 019 Civil
Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

¹⁰ Recuérdase que la reclamación fue presentada el 7 de febrero de 2024, de manera que conforme a la norma citada, el pago debió efectuarlo la aseguradora dentro del mes siguiente, vencido ese término se liquidan intereses moratorios, que para el caso concreto sería 7 de marzo de 2024.

PERSONA

Sala 003 Civil
Tribunal Superior De Bogotá D.C.,

PERSONA

Sala 008 Civil
Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme
Código de verificación:

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL: <https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>