

***“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”***

**“ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL “LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

Presentado por

ANGELA CIFUENTES GAITÁN

LIGIA JANETTE GÓMEZ TORO

Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Ciencias Jurídicas  
Especialización de Derecho de Seguros  
Bogotá  
2016

**ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL “LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

ANGELA CIFUENTES GAITÁN  
LIGIA JANETTE GÓMEZ TORO

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en la Especialización en Derecho de Seguros

Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Ciencias Jurídicas  
Especialización de Derecho de Seguros  
Bogotá  
2016

**NOTA DE ADVERTENCIA**

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por qué las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

**TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCION

- 1 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Julio 14 de 2006  
Radicación: 01177-00  
Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno
- 2 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Diciembre 19 de 2008  
Radicación: 11001-3103-012-2000-00075-01  
Magistrado ponente: Arturo Solarte Rodríguez
- 3 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Noviembre 4 de 2009  
Radicación: 11001-3103-024-1999-84175-01  
Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena
- 4 Corte Constitucional – Sala Primera de Revisión  
Sentencia T-963/2014  
Diciembre 10 de 2014  
Referencia Expediente T-45533930  
Magistrado ponente: María Victoria Calle Correa
- 5 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Enero 29 de 2015  
Radicación: 11001-3103-031-2000-00253-01  
Magistrado ponente: Margarita Cabello Blanco
- 6 Corte Constitucional – Sala Primera de Revisión  
Sentencia T-065/2015  
Febrero 13 de 2015  
Referencia Expediente T-4525242  
Magistrado ponente: María Victoria Calle Correa

CONCLUSIONES

BLIBLIOGRAFÍA

**"ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL "LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO"**

**INTRODUCCIÓN**

Desde la etapa previa a la contratación del seguro y a la asunción de riesgos que hace la aseguradora, ésta determina bajo la ley de probabilidades, que tan factible es la producción del siniestro en condiciones normales o que tan posible es que se presente una agravación del estado de riesgo, que, en cualquiera de los dos casos al ocurrir el siniestro, no produzca un desbalance sustancial en las finanzas de la compañía y un desequilibrio a las partes contratantes.

Es por esto, que, aunque el asegurado tiene el deber y carga de mantener el estado de riesgo en las mismas condiciones que cuando pactó, en caso de que esto cambie, la aseguradora previniendo tal situación establece unos límites que le permiten manifestar de forma válida y legal, su voluntad de no cubrirlo desde el principio del contrato, por lo que, si ese riesgo excluido se verifica, el siniestro queda fuera de las condiciones de póliza, o sea de los límites de la cobertura.

Por lo anterior, en este estudio, procederemos a analizar las diferentes variables que se pueden presentar con las cláusulas de limitación del riesgo o exclusiones, por cuanto, bien es sabido que aunque se predica, que el contrato de seguro es un acuerdo de partes, también se conoce que existe una parte dominante en la relación jurídica que impone condiciones, en ocasiones de buena fe y en otras abusando de su posición y actuando de manera deshonesto, con la imposición de cláusulas desventajosas que conllevan a desconocer el fin del contrato y de la obligación que asumió la aseguradora.

Así entonces, evaluaremos en el presente análisis jurisprudencial bajo la óptica principalmente de 6 sentencias, cómo se ha desarrollado el tema de las exclusiones, en la aplicación de varios casos de la Corte Suprema de Justicia y en diferentes ámbitos, observando en varias situaciones la legalidad, la conveniencia y el tratamiento que las compañías de seguro les han dado a éstas como cláusulas de limitación negativa del riesgo; dichas sentencias son:

- 7 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Julio 14 de 2006  
Radicación: 01177-00  
Magistrado ponente: Silvio Fernando Trejos Bueno
  
- 8 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Diciembre 19 de 2008  
Radicación: 11001-3103-012-2000-00075-01  
Magistrado ponente: Arturo Solarte Rodríguez
  
- 9 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Noviembre 4 de 2009  
Radicación: 11001-3103-024-1999-84175-01  
Magistrado ponente: Pedro Octavio Munar Cadena

***“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”***

- 10 Corte Constitucional – Sala Primera de Revisión  
Sentencia T-963/2014  
Diciembre 10 de 2014  
Referencia Expediente T-45533930  
Magistrado ponente: María Victoria Calle Correa
  
- 11 Corte Suprema de Justicia. Sala Civil.  
Enero 29 de 2015  
Radicación: 11001-3103-031-2000-00253-01  
Magistrado ponente: Margarita Cabello Blanco
  
- 12 Corte Constitucional – Sala Primera de Revisión  
Sentencia T-065/2015  
Febrero 13 de 2015  
Referencia Expediente T-4525242  
Magistrado ponente: María Victoria Calle Correa

**DESARROLLO**

**SENTENCIA 1, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL, Julio 14 de 2006, Referencia: Expediente No. 01177-00, Magistrado Ponente: SILVIO FERNANDO TREJOS BUENO, RECURSO DE CASACIÓN, Jaime Fernando Acevedo Rojas y Compañía Suramericana de Seguros S. A.**

**Hechos**

1. Jaime Fernando Acevedo Rojas contrató una póliza de hábitat (seguro integral del hogar) con la compañía Suramericana de Seguros S.A, con vigencia hasta el día 30 de julio de 1997.
2. Posteriormente el 28 de febrero de 1997, bajo un amparo adicional se extiende la cobertura a la sustracción con o sin violencia de los bienes objeto de seguro, con el fin de proteger contra el riesgo de robo a las joyas y a los cuadros inicialmente asegurados. La aseguradora le exigió la garantía de guardar las joyas en una caja fuerte debidamente empotrada.
3. El 20 de mayo de 1997 ocurrió el siniestro, objetándolo la aseguradora por mala fe e incumplimiento de garantías por parte del asegurado, adicional, proponiendo excepciones de concurrencia hasta la suma aseguradora, con sujeción a las condiciones, cláusulas de exclusión, deducibles y nulidad relativa del contrato
4. El juzgado de primera instancia condenó a suramericana a pagar al demandante la suma de \$607.105.000 por concepto de indemnización; reconoció un aumento anual del 19.70% a partir del 30 de julio de 1996 hasta el 20 de mayo de 1997 e intereses de mora sobre dicho capital hasta cuando se efectúe el pago; luego, en fallo complementario, condenó a la parte demandada a pagar el 20% adicional, del valor de las facturas que tachó de falsas en incidente que no prosperó.

**Problema Jurídico**

¿Viola el principio de buena fe, cuando al momento de recibir la reclamación la compañía de seguros alega reticencia, incumplimiento de garantías, inexistencia de objetos amparados y configuración de exclusiones, conociendo que siempre estuvo al tanto y aprobó el estado de riesgo y recibió primas durante toda la vigencia de la póliza y sus renovaciones?

**Sentencia de Primera Instancia**

El juzgado de primera instancia condenó a Suramericana a pagar al demandante la suma de \$607.105.000 por concepto de indemnización; reconoció un aumento anual del 19.70% a partir del 30 de julio de 1996 hasta el 20 de mayo de 1997 e intereses de mora sobre dicho capital hasta cuando se efectúe el pago; posteriormente, en fallo complementario, condenó a la parte demandada a pagar el 20% adicional del valor de las facturas que tachó de falsas en incidente que no prosperó.

**Sentencia de Segunda Instancia**

La sentencia y su complementaria, fueron apeladas y confirmadas por el Tribunal.

### **Sentencia del Tribunal**

1. La ocurrencia del siniestro fue demostrada, así como la existencia del contrato de seguro y los bienes de valor que se aseguraron, en cuanto fueron completamente cuantificables y determinados por los funcionarios de la aseguradora al momento de iniciar vigencia y otorgar el amparo adicional.
2. La compañía aseguradora Suramericana, conoció el estado del riesgo y aceptó su cubrimiento, exigiendo las primas respectivas durante toda la vigencia del contrato.
3. El asegurado dio aviso a la compañía acerca del evento de dejar el lugar de residencia deshabitado y cumplió dejando la seguridad requerida para tal efecto; adicional según el Tribunal no operó la exclusión del contrato, en el que si el siniestro ocurría después de 8 días de haber dejado la casa no se cubriría el siniestro.
4. El dolo que argumenta la compañía de seguros respecto a las facturas, no fueron probadas.
5. Debido al carácter de la aseguradora de profesional en la actividad, se predica de ésta la diligencia en todas sus actuaciones, y debido a que, si conoció el estado de riesgo y no alegó reticencia en el momento oportuno hasta el momento de recibir la reclamación, no es posible pedir la nulidad del contrato al asegurado.

### **Demanda de Casación**

Causal primera de casación: se acusa de violar indirectamente, por falta de aplicación, los artículos 863, 871, 1054, inciso 2° del 1077 e inciso 2° del 1078 del Código de Comercio; 1602, 1603, 1604 y 1609, en concordancia con los artículos 63, 1618, 1621, 1622, 1495, 1496 y 1497 del Código Civil, “aplicables por fuerza del reenvío que consagran los artículos 2° y 822 de la codificación mercantil”; y por aplicación indebida, los artículos 1080 inciso 1° del 1077, en concordancia con los artículos 1054 y 1072, del Código de Comercio.

Según la aseguradora, el Tribunal desconoció pruebas al analizar el principio de buena fe aplicándolo con demasiado rigor por predicarse de la aseguradora, desconociendo que el asegurado también debe tener el mismo deber, quien asumió un proceder doloso desde la etapa inicial de contratación.

El Tribunal desconoció las cargas que tiene el asegurado en virtud a la obligación nacida por el contrato celebrado, tales como el empotramiento de una caja de seguridad, la alarma que indicó iba a poner en el lugar de residencia y el debido cuidado para no dar lugar al siniestro.

Ignoró pruebas importantes que verificaban la actuación dolosa como la falsedad de facturas incrementando los valores de las propiedades aseguradas, la proyección de siniestro que hizo al verificar valores antes de la contratación y la afirmación de asegurar obras originales, cuando eran únicamente réplicas.

Interpretó también el Tribunal, al seguro de contrato, entendiendo que la cláusula excluyente de responsabilidad se aplicaba exclusivamente con el abandono temporal de la casa, si era un plazo de tiempo superior a 8 días y no inferior o exacto como ocurrió en este caso, omitiendo considerar el aspecto relacionado con la buena fe contractual, que por supuesto, excluía la posibilidad de que el asegurado actuara sin ningún cuidado y permitiendo que el asegurado redimiera la culpa durante ese plazo de 8 días cuando ella está llamada a operar de manera general como exclusión de cobertura.

### **Consideraciones de la Corte**

Tanto el sentenciador, como el Tribunal tienen libertad y discreta autonomía para, según las pruebas entregadas por las partes, obtener sus propias conclusiones.

Basándose en las pruebas aportadas durante todo el proceso y analizando las actuaciones tanto de asegurador como de la aseguradora, se verifica que existió como hecho prevalente la actitud negligente de la aseguradora al no verificar las condiciones del riesgo asumido.

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

Es de la aseguradora por su actividad profesional, de quien se predica que debe en la etapa inicial de negociación, verificar el estado del riesgo, comprobar la buena fe del tomador o asegurado y examinar la veracidad de la información, para que, en caso de mala fe, reticencia o inexactitud, pueda anular el contrato en el momento oportuno.

En el caso en concreto, la aseguradora acepta desde el inicio asegurar obras de arte sin verificar autenticidad, joyas sin hacer el respectivo peritaje de costo y factura y adicional, estableció garantías y exclusiones que cumplió el asegurado de acuerdo a las pruebas obtenidas.

Respecto a la exclusión establecida en la póliza, y de especial importancia para nuestro estudio, la Corte señala que se debe mirar cada situación con interpretación restrictiva, porque en todo caso, el fin de la exclusión es limitar el riesgo, lo cual no debe en ningún evento querer liberar a la aseguradora de la responsabilidad de cobertura y más aún, ir en contra de lo pactado en el contrato.

El Tribunal de acuerdo al análisis de la exclusión establecida en el contrato de seguros, verifica que ésta se aplicó de acuerdo a la intención para la que fue hecha por los contratantes, de modo que, no exime de responsabilidad a la aseguradora.

El principio de buena fe en el contrato de seguros es bipolar, de modo que, se debe predicar de ambas partes desde el inicio del contrato hasta su finalización.

No es posible entender como bajo el principio de buena fe, la aseguradora recibe primas durante toda la vigencia del contrato y solo hasta el momento de la reclamación se opone a ella, objetando el siniestro por reticencia, inexactitud y mala fe del asegurado desde el inicio de contrato.

En cuanto a la cuantía de la reclamación, el Tribunal encontró que estaba correctamente demostrada por los ajustadores que, aunque su concepto no es obligatorio para la aseguradora, pues no la representa, si es prueba fehaciente para el proceso, pues adicional, se evaluaron otras pruebas aportadas como póliza y anexos, para confirmar la cuantía de la reclamación.

### **Decisión**

La Corte Suprema de Justicia **NO CASA** la sentencia proferida el 23 de octubre de 2002 y condena en costas del recurso de casación a la parte recurrente, las cuales serán tasadas en su oportunidad.

### **Evaluación Crítica**

En las exclusiones, como delimitación del riesgo, es de gran importancia la aplicación del principio de buena fe, pues si bien es cierto, que éstas surgen en teoría bajo un marco consensual<sup>1</sup>, contraría completamente el principio de buena fe cuando las aseguradoras al recibir las reclamaciones, deciden objetar con base en las exclusiones pactadas, acomodándolas de forma tal, que, en la mayoría de las situaciones, los hechos no se ajustan a la realidad.

En la situación descrita y analizada en esta sentencia, el hecho de que la aseguradora objete y además de invocar la exclusión, también haya hecho referencia a la reticencia, al incumplimiento de garantías y a la supuesta mala fe del asegurado al alterar pruebas conducentes y modificar la veracidad de los objetos asegurados, surge la inquietud de si el actuar de la aseguradora, que claramente debe ser de ubérrima fe, realmente lo fue al no verificar el estado de riesgo, al no exigir el cumplimiento de garantías y por el contrario si ampliar la cobertura al asegurado, renovándole póliza y recibiendo las primas durante toda la vigencia del contrato.

---

<sup>1</sup> Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página 482

## ***“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”***

La posición de la Corte Suprema de Justicia que compartimos, es clara en esta sentencia y en otras, donde indica que la aseguradora en su actividad debe ser un profesional, pues es ella, la llamada a actuar de manera diligente y precavida verificando desde el inicio de la póliza y durante, aspectos tales como el estado del riesgo, las condiciones del asegurado, el cumplimiento de garantías y promesas, de forma que, si existe alguna variable que pueda afectar a la póliza como mala fe del asegurado, incumplimiento de garantías o reticencia, esto se pueda corregir a tiempo o pueda declararse la nulidad durante el término previsto en la ley, pero no podrá en ningún evento al momento de objetar la reclamación, alegar las anteriores circunstancias con el propósito evidente de faltar a lo pactado en el contrato.

Finalmente y para nuestro propósito, se desarrolla durante el análisis de la sentencia, que no podrá la aseguradora en virtud de la ubérrima fe que debe existir en el contrato de seguro y bajo el predicado de su actuar profesional, utilizar a la exclusión como eximente de responsabilidad ya que si bien no obligan al asegurador al pago,<sup>2</sup> tienen carácter impeditivo al no permitir que nazca el derecho del asegurado o beneficiario<sup>3</sup>, pero como delimitaciones del estado de riesgo y pactadas en virtud de un acuerdo, no puede valerse de ellas para actuar de mala fe e ignorar la falta de diligencia en su proceder.

---

<sup>2</sup> Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página 471

<sup>3</sup> Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página 471

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

**SENTENCIA 2, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACIÓN CIVIL, Diciembre 19 de 2008, REF.: 11001-3103-012-2000-00075-01, Magistrado Ponente ARTURO SOLARTE RODRÍGUEZ, RECURSO DE CASACIÓN, Consorcio Minero Unido S.A. y Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A**

### **Hechos**

1. Mapfre Seguros Generales de Colombia S. A., expidió una póliza de Equipo contratista y maquinaria Agrícola Número 2201170016702, cuya vigencia comprendía entre el 1 de septiembre de 1999 al 01 de septiembre de 2000, a favor de Consorcio Minero Unido en la que tenía por objeto asegurar el equipo de explotación minera, incluida la excavadora hidráulica Caterpillar.
2. La excavadora fue asegurada por la suma de \$ 2.606.489.658, concediendo, además, entre otros amparos el de daños materiales.
3. El 6 de septiembre de 1999, en el sitio llamado la Jagua de Ibérico en el Cesar, la excavadora, al realizar trabajos en la obra, sufrió daños que afectaron el cilindro hidráulico, en razón a una sobre-carga de la máquina y ascendiendo la pérdida a \$ 362. 311.367.
4. Posterior, se da aviso del siniestro a la compañía de seguros, indicando que el operario de la máquina había sido negligente y descuidado en su manejo cuando se presentó el daño, al haber cargado una piedra de gran tamaño excediendo su capacidad.
5. Para el análisis del caso la compañía de seguros decidió nombrar a una firma de ajuste para la atención del reclamo.
6. Luego de analizada la información aportada por el asegurado, para determinar la ocurrencia y la cuantía, tanto por la firma de ajuste como por la compañía de seguros, ésta última presenta escrito de objeción, pues del informe de ajuste se logró determinar que la causa del daño fue la sobrecarga a la capacidad que podía soportar la máquina.

### **Sentencia de Primera Instancia**

Declaró no probadas las excepciones y estimó que la compañía de seguros es responsable del no pago de la indemnización, por lo que condena al asegurador al pago de \$ 362.311.367 más intereses de mora comerciales.

### **Problema Jurídico**

¿En un contrato de seguros, son válidas las cláusulas ambiguas que se pactan como exclusiones, y a la vez se pactan como garantías, y cuyo propósito es evadir la cobertura ofrecida?

### **Sentencia de Segunda Instancia**

Denegó la prosperidad de las pretensiones contenidas en la demanda.

### **Sentencia del Tribunal**

El razonamiento que hace el Tribunal en esta oportunidad, radica principalmente en la terminación del contrato por el incumplimiento de las garantías que fueron pactadas en el contrato de seguro, al no evitar la sobre-carga de la máquina haciendo que se produjera un grave daño a la misma, analiza también, la conducta sin tener en cuenta la buena o mala intención del asegurado. En el caso en concreto, fue pactado que la máquina no podía trabajar con sobrecarga y de acuerdo a las

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

especificaciones de uso recomendadas por el fabricante de la máquina, tampoco podría exceder su capacidad para la que fue diseñada, el Tribunal encontró que la compañía de seguros no tendría obligación en responder por los daños.

Por otro lado, en la redacción del contrato de seguros se dejó estipulado dicha garantía como una exclusión y en este caso existió incumplimiento.

El Tribunal en su razonamiento encuentra que:

- El daño se produjo por la sobrecarga de la máquina, que sobrepasó el 50% de su capacidad de peso.
- Que no le asiste obligación de indemnizar a la compañía de seguros, ya que la causa del daño fue la sobrecarga de la máquina, situación que quedó excluida en las condiciones generales del contrato, sin que dicha exclusión quedara sometida a consideraciones subjetivas respecto de la experiencia del operario en la manipulación de la máquina. En ese entendido, el espíritu de la cobertura consistía en cubrir los daños normales que se pudieran presentar.
- Luego analiza el Tribunal el argumento de la parte demandante, en el que afirma que se presentó una ambigüedad en el contrato de seguros respecto del aseguramiento de la impericia y la negligencia y luego en otro aparte, sobre las condiciones generales presentándose ésta, como una exclusión; situación que le era extraña a la demandante, pues consideraba que dicha contradicción le favorecía por no existir claridad, sin embargo, luego de la revisión de la redacción del texto, el Tribunal encuentra que lo que se excluye es la negligencia o impericia de sobrecargar la capacidad de la máquina, pues si bien es cierto, que ocurrió una negligencia por parte del operador de la máquina que es objeto de cobertura, a este evento sobrevino una sobrecarga a la capacidad de la máquina para soportar el peso que es objeto de la exclusión, y por tal razón, se consideró que no se encontraban frente a una contradicción o ambigüedad.
- Por lo anterior, el sentenciador de segundo grado revocó en su integridad el fallo de primera instancia, negando así las pretensiones de la parte demandante.

### **Demanda de Casación**

Cargo único, quebrantamiento por interpretación errónea de los artículos 1080 y 1061 del Código de Comercio, y de los artículos 1620, 1621, 1622 y 1624 del Código Civil, estos por remisión del artículo 822 del Código de Comercio.

### **Consideraciones de la Corte**

La Corte empieza comentando sobre la finalidad del trasladar los riesgos a una entidad especializada a cambio del pago de una prima y que en el momento de la ocurrencia del riesgo, el tomador este tranquilo ante el pago de la indemnización por los daños que haya sufrido el bien, destacando el carácter de negocio jurídico y de los elementos esenciales del contrato de seguros a saber; interés asegurable, riesgo asegurable, el pago de la prima y la obligación condicional del pago de la indemnización.

Resalta, la presencia en los seguros de daños del interés asegurable en los siguientes términos *“tiene interés asegurable toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente por la realización de un riesgo”*, también, de acuerdo al artículo 1088 del Código de Comercio, subraya que los seguros se rigen por el principio indemnizatorio, en el que el asegurador está obligado al pago del perjuicio realmente sufrido por el asegurado sin exceder el monto de la suma asegurada.

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

Respecto de la intención de negociar de las partes, se trata de un acuerdo entre ellas en la que se busca llegar a una interpretación que sea clara, precisa y sin ambigüedades que sea fácil de entender, pues siendo producto de una negociación previa y de no de una situación que le fue impuesta al asegurado, se debe considerar como la manifestación de la voluntad de las partes que celebraron el contrato.

En cuanto al cargo único formulado, que consistió en que las estipulaciones incorporadas en la convención, deben interpretarse de forma armónica, en concordancia a lo que al respecto dispone el artículo 1622 del Código Civil *“las cláusulas de un contrato se interpretan unas por otras, dándose a cada una el sentido que mejor le convenga al contrato en su totalidad”*

Del análisis que la Corte realiza, encuentra que el Tribunal valoró todas las pruebas allegadas y de esta forma examinó cada una de las cláusulas del contrato en conjunto con las exclusiones pactadas allí, por tal razón, la valoración del caso no se hizo de forma aislada, es decir, no se tuvieron en cuenta solo las exclusiones para tomar la decisión, sino que se hizo una valoración en conjunto para llegar a una solución al caso en particular.

También resalta que la compañía de seguros puede asumir o no ciertos riesgos, y si así lo quiere delimitarlos y que en virtud del principio de la buena fe, el contrato no puede generar desequilibrio para la parte más débil, siendo en este tipo de contratos la parte más débil el asegurado, adicional, se debe prevenir que se debilite la relación contractual al punto de entenderse que lo que genera el desequilibrio es una cláusula abusiva pues como se notó, las exclusiones en el contrato de seguros se presentaron con caracteres destacados tal como lo dispone el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, numeral 2 del artículo 184.

La Corte encontró que la garantía consistió en una obligación del tomador, en no exceder la capacidad de la máquina, es decir; evitar las sobrecargas habituales y/o intencionales; por lo que estipula el artículo 1061 del Código de Comercio, especificando dos tipos de garantías, las de conducta en las que el asegurado – tomador se obliga a hacer o no hacer una determinada cosa, y las afirmativas, que consisten en una declaración de conocimiento, en la cual, se afirma o se niega una determinada situación.

Finalmente, encontramos que respecto de la vigencia del contrato de seguros se reconoció su existencia, validez y la vigencia del mismo al momento de la ocurrencia de los hechos.

### **Decisión**

La Corte **NO CASA** la sentencia proferida por el Tribunal.

Respecto de la ambigüedad, la Corte indica que al examinar el clausulado del contrato de seguro celebrado entre Consorcio Minero Unido S.A y la Compañía de Seguros Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., no evidencia ambigüedad en la redacción de las cláusulas, pues se discutía una posible contrariedad al amparar la negligencia e impericia del operador y por otro lado se excluía, por lo que se dejó claro que no se excluía la impericia o la negligencia, sino que se sobrecargara la máquina en la capacidad que podía soportar en el trabajo habitual.

### **Evaluación Crítica**

Las características y la naturaleza del contrato de seguros se encuentran enmarcados en las normas civiles y comerciales fundamentado en la consensualidad, en el entendido que se perfecciona con el solo acuerdo de voluntades y ante la existencia de los elementos esenciales del contrato, por quienes lo celebran, es decir; el tomador y la compañía de seguros, reconociendo que en virtud a este

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

acuerdo nacen las obligaciones para cada uno de ellos, y de este mismo acuerdo, también es posible pactar limitaciones o exclusiones para modificar la responsabilidad de la compañía de seguros en ciertos riesgos.

Entonces, en el desarrollo del acto jurídico, las partes conocen las consecuencias del acuerdo celebrado, también de los límites de responsabilidad del asegurador, situaciones que quedan taxativamente en las condiciones del contrato, esto es, en el texto de la póliza y demás documentos que le acompañan.

Lo anterior de acuerdo con el artículo 1047 del Código de Comercio<sup>4</sup> en el cual se dispone, que las pólizas deberán contener las condiciones generales aplicables al ramo en general y las condiciones específicas que le son aplicables al riesgo en particular.

Una vez analizada la sentencia, encontramos que la decisión fue congruente, que hubo una explicación acerca del problema jurídico planteado en el caso. Desde nuestro punto de vista y considerando que las Compañías de Seguros en algunos casos ya traen redactadas las condiciones en las que prestará el servicio, se podría llegar a entender, que allí ya existen causales para negar la mayoría de los reclamos que le son presentados en razón a su posición dominante, sin embargo, en la etapa previa a la celebración del contrato es posible acordar las coberturas y definir cuales situaciones no serán objeto de las mismas.

Teniendo en cuenta que la compañía de seguros no está obligada a asumir todos los negocios que se le presenten y al entenderse que se trata de una entidad especializada en la asunción de riesgos, es decir, cuentan con la experiencia y poseen especialistas para establecer la posibilidad de pérdida a través del estudio de probabilidades que le pueden ayudar a determinar si el riesgo que pretende aceptar es bueno o, por el contrario, puede afectar el resultado del patrimonio técnico. Por esta razón, el asegurador podrá tomar varias de estas decisiones: cobrar una prima más onerosa, abstenerse de aceptar el riesgo o de limitar y establecer exclusiones, como bien se hizo en el caso de nuestro estudio.

En la sentencia, el demandante menciona que no es el tomador quien operaba la máquina sino que lo hacía un tercero, por lo que se dio cobertura a la negligencia e impericia cometida por el operador de la máquina, por tal razón la Compañía de Seguros aceptó el riesgo pero lo limitó mencionando una exclusión en el contrato, a saber; que durante el trabajo que se realice con la máquina, ésta no podría ser sobrecargada o exceder su capacidad habitual de trabajo, situación que luego fue comprobada por la firma de ajustadores que llevó a la Compañía de Seguros a objetar la reclamación.

---

<sup>4</sup>Código de Comercio. Artículo 1047. Condiciones De La Póliza. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

- 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 precizarla;
- 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, aparato, modalidad del contrato y tipo de riesgo”.

## ***“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”***

En este caso, la parte demandante quiso hacer ver al juez que hubo una ambigüedad en la redacción de las cláusulas, situación que no es aceptable, pues no puede olvidarse el carácter negocial en los contratos de seguros, en tanto que una parte, el tomador, acuerda voluntariamente que riesgos desea transferir al asegurador y la otra parte, la compañía de seguros, indica que riesgos quiere aceptar o en qué forma lo hará.

Por lo anterior, consideramos que hubo una indebida intención por parte del demandante, quien quiso probarle al juez que la Compañía de Seguros estaba obrando de mala fe, que el asegurador tenía el propósito de no pagar la indemnización o que se estaba retractando en dar cumplimiento a su obligación condicional de pagar la indemnización. Pero ésta no fue la situación, puesto que se pactó la exclusión de forma expresa en la póliza, pactándose también como una garantía, que aunque son conceptos muy diferentes, acá coincidieron válidamente y consistió en la realización de una conducta la cual se encontraba descrita claramente en el contrato, situación que era conocida por las partes y que ante su incumplimiento acarrearía la terminación del contrato de seguros.

De modo que consideramos que la decisión de la Corte debió llamar fuertemente la atención al asegurado, si bien en cierto, la compañía de seguros es el profesional en estos asuntos, la empresa asegurada tampoco estaba en una posición débil frente al asegurador y sí las cláusulas fueron negociadas por las partes, hubo una mal interpretación de las mismas por parte de quien transfiere el riesgo, pues reiteramos que el asegurado en ocasiones es la posición dominante quien impone y decide cuales son los amparos que desea contratar y de qué manera.

**SENTENCIA 3, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL, Noviembre 4 de 2009, Referencia: Expediente 11001 3103 024 1998 4175 01, Magistrado Ponente: PEDRO OCTAVIO MUNAR, RECURSO DE CASACIÓN, Productora de Cápsulas de Gelatina S.A. y Aig Colombia Seguros Generales**

### **Hechos**

1. Productora de Cápsulas de Gelatina S.A suscribió la póliza número 617 de transporte el día 29 de marzo de 1994, con el fin de asegurar el certificado de transporte no. 73729 ítem 14, que tenía como destino Sydney Australia y contenía una exportación de 300 cajas de medicamentos denominados cápsulas de aceite de hígado de bacalao y cápsulas de mega epa marine lipid.
2. La transportadora Nedlloyds, cumplió con la ruta programada, zarpando desde Santa Marta el 10 de octubre de 1994 y llegando a Sydney Australia el 21 de diciembre de 1994
3. La carga se entregó a su consignatario el 21 de diciembre de 1994 y este reportó una pérdida total por el deterioro de la mercancía el día 09 de enero de 1995.
4. La aseguradora objetó el reclamo, alegando la exclusión pactada en el numeral 3.5 de las condiciones generales de la póliza, la cual trata sobre daños ocasionados como consecuencia del cambio en las temperaturas atmosféricas, según informe rendido por la firma Mathias and Associated Pty Ltd.
5. Por su parte, la parte actora informa que el siniestro tuvo ocurrencia durante el transporte de la mercancía y constituye avería particular, riesgo que no está excluido en la póliza de seguro y por lo tanto debe cubrirse.
6. La aseguradora en la demanda se opuso a las pretensiones y adujo en su defensa falta de cobertura, carencia de derecho y falta de reclamación.

### **Problema Jurídico**

¿Las exclusiones pactadas podrán ser referidas como causales de objeción, así no exista una relación de causalidad plenamente demostrada con las debidas pruebas técnicas y por lo tanto una acomodación exacta al texto de la misma?

### **Sentencia de Primera Instancia**

El Juez de Primera Instancia el 14 de mayo de 2003, declaró probadas las excepciones: falta de cobertura y carencia de derecho, con base en la exclusión citada por la aseguradora.

### **Sentencia de Segunda Instancia**

El Juez ad quem revocó la sentencia de primera instancia en el fallo del 26 de septiembre de 2006

### **Sentencia del Tribunal**

Después de precisar la relación contractual existente entre Productora de Cápsulas de Gelatina por la póliza de seguro celebrada y la compañía interamericana de Seguros Generales S.A., se verifica que el asegurador amparó todos los riesgos inherentes al transporte sin extender la responsabilidad a deterioros causados por el transcurso del tiempo y exclusiones.

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

La aseguradora por su parte explica que asumiendo el riesgo desde el sitio donde haya sido o debieron ser despachadas las mercancías y el lugar de su entrega, el siniestro ocurrió después de que la mercancía fue dejada en el puerto de llegada sin que fuera revisada.

Como consecuencia legal y a juicio del Tribunal, la carga probatoria fue demostrada por Productora de Cápsulas, ya que demostró a la aseguradora el daño con una muestra del cargamento afectado y a través del dictamen practicado en el trámite de la objeción por error grave.

El Tribunal determina en este aparte que el a-quo le impuso la carga probatoria a la parte demandante sobre demostrar los hechos y circunstancias excluyentes de su responsabilidad, lo cual no era debido por contrariar lo dispuesto en la ley, en cuanto a la carga probatoria se refiere.<sup>5</sup>

La aseguradora se basa para objetar el siniestro, en la exclusión consignada en la carátula 3.5 sobre “variaciones naturales climatológicas y deterioros causados por el simple transcurso del tiempo”, pues aseguró que, por mandato procesal, contrató a los inspectores marítimos y ajustadores de seguros Mathias and associates Pty Ltda. Quienes acogieron la tesis relativa al deterioro de las cápsulas al haberlas sometido a altas temperaturas.

Para fundamentar el dictamen pericial de Mathias and associates Pty Ltda., la aseguradora adjuntó el informe de laboratorio de Analchem, según el cual las cápsulas pueden ser afectadas por temperaturas superiores a los 30 centígrados, sin embargo, en el mismo informe se indica que no necesariamente el calor fue el detonante del daño, de igual modo, y cobrando vital importancia probatoria, estas afirmaciones no se probaron en ningún estudio técnico y por lo mismo, no pudo ser confirmada con total certeza la exclusión alegada.

Adicional, la aseguradora en su deber de probar la exclusión, no demuestra que efectivamente la mercancía haya sido afectada por esta razón durante el trayecto o durante el tiempo que permaneció la carga en los puertos. Inclusive verifica el Tribunal, que los ajustadores en su informe plantearon varias posibles causas admitiendo que el daño pudo originarse por defecto de fabricación y que no era posible, encontrar una prueba exacta del momento del daño, por lo tanto, y en todo caso, ésta pérdida no podía ser asumida por el asegurado.

Por otro lado, se desestimó la falta de reclamación, ya que como se dijo anteriormente la aseguradora formulo objeción y esto supone en sí mismo, que se estaba en presencia de una reclamación.

Así entonces, Tribunal decide condenar a la aseguradora a pagar la indemnización más los intereses moratorios a los que haya lugar conforme al artículo 1080 y las costas en las dos instancias

### **Demanda de Casación**

Se admitió de 4 cargos propuestos, sólo el segundo, por cuanto según el demandado, la sentencia del Tribunal viola por la vía indirecta la ley sustancial, por falta de aplicación de los artículos 1053 numeral 3, 1056 y 1077 inciso 2, artículo 1104 y 1732 del Código de Comercio.

Existieron así, según la demanda de casación, errores de hecho por parte del Tribunal, al creer que si existió reclamación formal con la carga probatoria que esto implica y adicional considerar que la parte demandada no probó la exclusión pactada en la póliza.

Sobre el primer punto, es decir, la falta de reclamación, se incurrió en error debido a que el juez supuso que se habían entregado todos los documentos exigidos en las condiciones generales de la póliza automática de seguro de transporte, faltando la lista de empaque y el certificado sobre recibo

---

<sup>5</sup>Corte Suprema de Justicia, Sala de casación civil, Magistrado Edgardo Villamil Portilla, ref. exp. 110031-31-03-004-2003—00198-01, noviembre 23 de 2010.

## ***“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”***

y entrega de las mercancías expedido por las autoridades correspondientes, así mismo, no se determinó cuantía real del siniestro entre otros, pues el valor tomado se hizo con base en una factura, que no corresponde a la pérdida generada real.

Denuncia también el recurrente que el Tribunal al negar la exclusión de cobertura alegada por la aseguradora, no le dio el alcance necesario y meritorio a los medios de prueba expuestos, como fueron los dictámenes periciales que no tuvo en cuenta y estudios técnicos presentados por los ajustadores, de los cuales se desprendía que el calor fue la causa del siniestro, no tuvo en cuenta las comunicaciones suscritas por los importadores de las cápsulas, ni el informe del análisis químico presentado.

También omitió según el demandante, el reconocimiento del informe presentado por la sociedad exportadora, en la que se verificó que la mercancía llegó con forma irregular lo que parecía un resultado por afectación al calor, ni valoró los tiempos en que la mercancía viajó y se almacenó en las bodegas estando sometida a altas temperaturas; por lo tanto violó el inciso 2 del artículos 1077, 1056, 1104 y 1732 del Código de Comercio, al no permitir que la aseguradora delimitara los riesgos que asume y en consecuencia hizo asegurable vicios propios o inherentes.

Acusa, también que existió violación de los artículos 1080 y 1077 inciso 1 del Código de Comercio y 1053 numeral 3, por cuanto el asegurado al no presentar reclamación formal, no demostró siniestro y cuantía y por lo tanto el valor a indemnizar se hizo con base en dictámenes periciales y por lo mismo se dificulta saber con exactitud desde que día se causaron los intereses moratorios, sabiendo que su exigibilidad inicia desde el mes siguiente de presentar el reclamo de manera formal.

Por lo anterior, según la parte demandada, por los yerros de hecho descritos y por obviar la formalidad en la presentación de la reclamación y no haber tenido en cuenta todas las pruebas presentadas, el Tribunal se equivocó al no declarar probada la excepción de inexigibilidad de la obligación asegurada por falta de reclamo y la causal de exclusión de responsabilidad, lo cual evidentemente influyó en la indemnización y tasación de intereses.

### **Consideraciones de la Corte**

Indica la Corte, que el contrato de seguro es un contrato por adhesión que por su naturaleza existe una parte predominante, que impone las condiciones particulares del riesgo que asegura, sin embargo, estos contratos de adhesión deben estar medidos por la buena fe, los deberes de lealtad, corrección y en especial de claridad para no hacer gravosa y desfavorable la condición del asegurado.

Por lo anterior y para el caso en concreto, después de analizar las condiciones más importantes y favorables en el contrato y la regla de prevalencia, que otorga mayor importancia a las condiciones particulares que se han pactado para el riesgo en sí mismo que a las condiciones generales, también es trascendental analizar la condición más compatible a la finalidad y naturaleza del negocio entre las cláusulas integrantes de las condiciones generales, atendándose la de mayor especificidad; y finalmente junto con la hermenéutica se observará las condiciones más beneficiosas para el consumidor como parte débil en la proposición de cláusulas en el contrato de seguro.

Ahora bien, con lo señalado anteriormente, se analizará la cláusula tercera numeral 3.5 en lo concerniente a exclusiones, determinándose en ella, que “no se cubrirán pérdidas o daños materiales a los bienes que tuvieran por causa o fueran consecuencia de (...) variaciones naturales climatológicas y los deterioros causados por el simple transcurso del tiempo”

Las exclusiones por su implicación de exonerar a la aseguradora, deben comprenderse dentro del marco de la claridad y precisión, pues no le es dado subsumir hechos no previstos como tal, es así, como variaciones naturales climatológicas debe analizarse en su significado corriente.

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

De modo que, en la exclusión nombrada, “las altas temperaturas” sólo podría influenciar en la medida que hubiese sido una alteración intempestiva del clima en las determinadas regiones por las cuales se transportó la mercancía, situación que no sucedió y que tras los análisis de peritaje y técnicos, no se demostraron alteraciones por la causa indicada, todo lo contrario, parecía ser otra causa la que provocó el siniestro, de acuerdo a lo descrito por los inspectores marítimos y ajustadores del reclamo; pues según estos, el daño pudo ser causado por las altas temperaturas o por los vicios de fabricación.

En este punto fue necesario por parte de los ajustadores recurrir a más análisis y solicitar a Forrest Pharmaceuticals muestras del producto averiado y así enviarlas al laboratorio Analchem, quienes tras varias pruebas condujeron a la misma conclusión, la cual señala que aunque las cápsulas si fueron sometidas a temperaturas moderadas, no pueden clasificarse como altas las que fueron experimentadas en los contenedores y así mismo en el trasbordo, lo que implica que el daño también pudo haber sido ocasionado por defectos de fábrica, demostrándose así, que el siniestro no se produjo por cambios bruscos ni exposición extrema en la temperatura, y que por lo tanto, no existe estructuración de la exclusión o cláusula limitativa de la responsabilidad para la aseguradora.

De modo que, para la Corte, es evidente la contradicción de la aseguradora al señalar que las cápsulas se dañaron como producto de un vicio propio y por las altas temperaturas a las que fueron expuestas, aunque -aclara la parte demandada- que la objeción nunca se fundamentó en los defectos de fábrica, por no tener pruebas que lo demostraran, y por lo mismo, se objetó el reclamo con base en la exclusión que se pactó en el contrato.

Para lo relativo a la presentación extrajudicial de la reclamación, se concluye con la objeción que tal reclamación si existió al referirse a las palabras de la aseguradora en los siguientes términos “estamos procediendo a objetar formalmente toda reclamación por ustedes presentada con ocasión de este siniestro”; adicional, verifica la Corte que existieron otras comunicaciones y pruebas como testigos y facturas en donde se hizo plena identificación del siniestro, incluso existiendo reconsideración a la objeción, y dichas pruebas fueron contestadas en su momento por la aseguradora.

Finalmente, para el tema de los intereses, y de acuerdo al argumento expuesto durante las etapas previas a la decisión de la Corte, la Sala analiza que se mantuvo una sola posición sin ser debatida por las partes durante el juicio, inclusive en la objeción y alegatos de conclusión, la cual versaba sobre la cuantificación de la pérdida, la no demostración de ocurrencia del siniestro y cuantía y en consecuencia, en caso de existir cobertura, la demandante carecía de derecho al demandar el pago de los intereses moratorios; y con ocasión, a que esta idea no se debatió durante el proceso, en consecuencia es inadmisibles en casación, pues admitirlos ahora en el recurso comportaría la violación al derecho de defensa, ya que no se pudieron controvertir anteriormente y esto no fue sometido a la decisión del juez. Por lo tanto, el cargo relacionado con el pago de intereses no prospera.

### **Demanda de Casación presentada por Procaps**

Se formulan dos cargos contra la sentencia impugnada, de los cuales solo el primero prospera. En este cargo primero, se acusa de violar por vía indirecta el artículo 1080 del Código de Comercio, tanto en la redacción del artículo 83 de la Ley 45 de 1990 como en la norma que lo modifica, el artículo 111 de la Ley 510 de 1999; igualmente los artículos 16 de la Ley 446 de 1998 numeral 1, 1614 y 1615 del Código Civil y finalmente por transgredir por vía directa el artículo 1080 y artículo 38 de la Ley 153 de 1887.

Se resalta para la infracción indirecta, que el juez ad quem determinó el monto del siniestro y de los intereses moratorios generados, de acuerdo a la experticia rendida como prueba de la objeción

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

formulada al primer dictamen y según esto, se decidió condenar a la aseguradora a pagar la suma de \$100.251.719.05 causados entre el 29 de abril de 1995 y el 31 de octubre de 2001, más los generados conforme al artículo 1080 desde el 1 de noviembre 2001 hasta cuando se verifique el pago total de la condena.

Para este ítem, el Tribunal precisó que de acuerdo a la fecha de ocurrencia del siniestro, la Ley 510 de 1999 no había sido expedida, presentándose en consecuencia, un problema en los peritajes rendidos, pues con el primero se verifica que los peritos hicieron dos liquidaciones de los intereses moratorios, en una de ellas, se calculó mes a mes siguiendo la reforma del artículo 1080 que limitó el interés moratorio a 1.5 veces el interés corriente bancario, dando como resultado \$159.415.632.90, y en la otra liquidación, aplicaron lo que se denomina sistema de última tasa adoptando la vigente el 18 de octubre de 2001 (1.5 veces el interés bancario a esa fecha) obteniendo como resultado \$100.251.719.05.

Lo anterior condujo necesariamente a confusión, pues existiendo dos peritajes con resultados diferentes, el primero con el sistema de última tasa y el segundo, sistema de tasa máxima aplicable a cada periodo, ambos en cualquier caso, difieren de su método y del tiempo y por lo mismo no era posible de aplicar la tasación como lo hizo el Tribunal, que convencido de una tesis, acoge la liquidación de última tasa, violando el artículo 1080 del Código de Comercio, modificado en la redacción del artículo 83 de la Ley 45 del 1990.

Se debe anotar que tanto para la fecha del siniestro, como para la constitución en mora por Aig, por razón de la objeción al pago de la reclamación, la disposición vigente era el artículo 83 de la Ley 45 de 1990, precepto que luego fue sustituido por la Ley del año 1999, fecha desde la cual, debió aplicarse la nueva normatividad para causar intereses, exactamente desde ese día a ese nuevo interés, sin embargo, se inaplicó la liquidación con los intereses que se debieron tasar desde el 4 de agosto de 1999 (fecha de modificación) de acuerdo al artículo 111 de la ley 510 de 1999; el cual reconoce además de la obligación principal, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Súper Bancaria aumentado en la mitad.

Es así entonces, como la violación ocurrió con ocasión de que el fallador olvidó aplicar el inciso dos del artículo 38 de la Ley 153 de 1887, ya que, según este artículo, se impone la aplicación inmediata de la nueva ley en tanto que ésta señalaba “penas para el caso de infracción de lo estipulado”, olvidando por completo, el fin de los intereses como reparación del perjuicio generado para el acreedor y como castigo para el deudor por su retardo.

### **Consideraciones de la Corte**

Según verifica la Corte en esta nueva instancia, se presenta un conflicto en la aplicación de la ley en el tiempo en materia contractual, al considerar que el artículo 83 de la Ley 45 de 1990 es aplicable a la tasación de intereses en seguros, aun después de ser expedido el artículo 111 de la Ley 510 de 1999 que lo sustituyó, pues esa manera de interpretar la ley, desconoce el artículo 1080 del Código de Comercio, el cual establece que rigen únicamente los periodos de mora comprendidos dentro de su vigencia, según el numeral dos del artículo 38 de la Ley 153 de 1887.

Aclara la Corte, que el artículo 1080 fue modificado por el artículo 83 de la Ley 45 de 1990; disponiendo que, en materia de seguros, el asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en la que el asegurado acredite, judicial o extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador. De modo que, vencido ese plazo, el asegurado debe reconocer y pagar al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima del interés moratorio vigente en el momento en el que se efectúe el pago. Posteriormente, esta norma fue modificada por el artículo 111 de la Ley 510 de 1999, indicando que, el interés moratorio que el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

beneficiario será igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentando la mitad.

Para la honorable Sala, el tema que entra en discusión en este punto, es el relativo a la aplicación de la ley contractual, regulado en el artículo 38 de la ley 153 de 1887, en el que se señala la incorporación de la ley vigente en el contrato al tiempo de su celebración, salvo en los casos de penas señalados ahí (...), sin embargo, considerando que la función de los intereses es castigar el retardo en el cumplimiento de las obligaciones, resulta evidente que, si ocurre un caso de incumplimiento que se prolongue en el tiempo, la liquidación de los intereses deberá hacerse de acuerdo con la norma que esté vigente en ese momento, con el fin de no violar el principio de irretroactividad de la ley y así mismo, de no aplicar leyes pasadas a hechos futuros en normas que ya han sido modificadas.

En consecuencia, el cargo se abre paso y conduce a la casación parcial de la sentencia, debiendo ser remplazada por la Corte.

### **Sentencia Sustitutiva**

Debido a que la sentencia fue debatida en lo relativo a los intereses, solo respecto a esto, se manifiesta la Corte y las demás consideraciones se mantienen. Se confirma entonces que:

1. De acuerdo a lo señalado anteriormente, se demostró que el demandante si probó la cuantía y ocurrencia del siniestro, de lo cual se confirmó, que, por la omisión del pago del siniestro, la aseguradora si deberá pagar intereses sobre el valor del siniestro, el cual no se refutó en casación y es el correspondiente a \$48.454.785,69 y sobre este valor, se pagarán los intereses moratorios que se causaron con posterioridad al mes de haberse presentado la reclamación, esto es desde el 29 de abril de 1995.
2. Dado que la aseguradora incurrió en mora a partir del 29 de abril de 1995, es claro que se encuentra cubierto bajo la Ley 45 de 1990 como primera reforma del artículo 1080 del Código de Comercio y se prolongó hasta la segunda modificación con la Ley 510 de 1999. De modo que, siguiendo lo descrito, los intereses causados entre el 29 de abril de 1995 y el 3 de agosto de 1999, fecha anterior a la entrada de la ley 510 de 1999, deben fijarse a la tasa impuesta por el artículo 1080, en concordancia con el artículo 83 y los intereses producidos con posterioridad a la tasa de interés certificado como el bancario corriente por la Superintendencia Bancaria, aumentado la mitad, según el artículo 111.
3. Es así, como se revoca la decisión relacionada con los intereses y se confirma en todo lo demás.

### **Decisión**

La Corte Suprema de Justicia, **CASA** parcialmente la sentencia proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, el 26 de septiembre de 2006, y resuelve:

Revocar la sentencia apelada en los siguientes aspectos:

- 13 Declarar no probadas las excepciones de “falta de cobertura y carencia de derecho” y “falta de reclamación”
- 14 Condenar a Interamericana de Seguros generales a pagar a favor de la Sociedad Productora de Cápsulas de Gelatina S.A., la suma de \$48.454.785 por concepto de siniestro.
- 15 Condenar a Interamericana de Seguros Generales a pagar a favor de la Sociedad Productora de Cápsulas de Gelatina S.A., los intereses moratorios generados desde el 29 de abril de 1999 hasta el 03 de agosto del mismo año según lo prescrito en el Código de

Comercio y en la Ley 45 de 1990. Los intereses generados con posterioridad al 04 de agosto de 1999 se liquidan con base en la Ley 511 artículo 111.

16 Condenar a costas de ambas instancias a la sociedad demandada.

### **Evaluación Crítica**

Como aspecto relevante para nuestro estudio se desarrolla en esta sentencia el tema de la relación de causalidad, como aspecto clave para configurar la exclusión en su propósito real.

Sobre esto, Efrén Ossa ha escrito en su obra que las exclusiones legales o convencionales, como antecedentes al daño deben aplicarse con un criterio causa, y debe existir por lo tanto en virtud de esta relación, una causa y un efecto que pueda ser invocada como eximente de responsabilidad.<sup>6</sup>

En este marco puede ocurrir que no siempre la exclusión convencional es la causa del evento asegurado y si puede presentarse como una situación coetánea a su ocurrencia, de modo que si la relación causa - efecto no es directa y clara, no es preciso ni viable hablar de exclusión como eximente de responsabilidad.

Por lo tanto y para el caso en el que la aseguradora decide invocar la exclusión de temperatura alta para el daño de las cápsulas, conociendo por las pruebas realizadas por los peritos y laboratorios que no fue ésta la causa del daño en sí misma, sino fue un vicio de fabricación, se está incurriendo en una objeción infundada que carece de legalidad y de buena fe.

De modo que, al igual que la Corte, entendemos que es pieza fundamental la existencia de una relación de causalidad, para así poder dar aplicación a la cláusula limitativa para la aseguradora, de lo contrario y aunque se presente, como en este siniestro, una situación coetánea al existir altas temperaturas en el transcurso de la mercancía, no fue la causa que dio origen al siniestro y por lo tanto no era posible para la parte demandada alegar esta exclusión convencional como causal eximente de responsabilidad y al hacerlo, actuó de mala fe y violó los principios del contrato de seguro y normas comerciales ya mencionadas en el desarrollo de la investigación.

En cuanto a la presentación de la reclamación, igualmente estamos de acuerdo con la Corte, siendo evidente el hecho de que, si existió reclamación, debido a la respuesta por parte de la aseguradora objetando el siniestro, configurándose una presentación extrajudicial de la reclamación y se apoyó la identificación del siniestro con factura, peritos y otros.

Finalmente, para lo relativo a los intereses, no estamos de acuerdo con la Corte, quienes señalan dos tiempos diferentes para la causación de intereses de acuerdo a las reformas realizadas al Código de Comercio, pues a nuestro modo de ver, se debe aplicar únicamente el parámetro legal vigente al momento en el que se debió efectuar el pago, es decir, bajo el artículo 1080 y la reforma que se le hizo a este en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990.

Es importante recordar que el artículo 1080 en su texto original rezaba que *“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun 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, intereses moratorios a la tasa de dieciocho por ciento anual”*

---

<sup>6</sup>Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página *“próxima o remota, directa o indirecta, mediata o inmediata, lo que importa es que la causa sea eficiente, predominante o determinante del daño”*, página 484

## **"LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO"**

Sin embargo, para la fecha de reconocimiento del pago del siniestro (29 de abril de 1995) la norma anterior había sido modificada por el artículo 83 de la Ley 45 de 1990, quedando de la siguiente manera: *"el asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun 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, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en el que se efectúe el pago"*

Por lo tanto, y sabiendo que la ley comercial es la ley imperante y es la ley reguladora en materia de seguros, no compartimos la opinión de la Corte cuando indica que el conflicto surgido acá, es de índole contractual y que bajo estos principios contractuales se debe resolver el debate surgido con la tasación de los intereses y con el momento en el que se causan fraccionándolos en el tiempo, ya que aunque, si es un contrato, este debe regirse bajo los principios del seguro y las leyes que regulan la materia, y por lo mismo creemos que no es viable mezclar dos materias diferentes y más aún, cuando no existe vacío en la ley comercial sobre el momento en el que deben causarse.

De modo que, para nosotras, si está claro que debe aplicarse la reforma de la Ley 45 de 1990 en el entendido que, bajo esta reforma, ocurrió y sobre todo se efectuará el pago del siniestro de acuerdo a la demostración extrajudicial que el asegurado hizo, es decir, al 29 de abril de 1995, y, por lo tanto, el precepto legal que regía en ese momento era *"la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en el que se efectúe el pago"*, y consideramos que no hacerlo de esa manera y si como lo hace la Corte fraccionando la causación de intereses por las reformas existentes, da lugar a incertidumbre, confusión y posibles injusticias.

**SENTENCIA 4, CORTE CONSTITUCIONAL SALA PRIMERA DE REVISIÓN, 10 de diciembre de 2014, MAGISTRADO MARIA VICTORIA CALLE, Referencia: expediente T-4553930 Sentencia T-963/14, Ángela María Pineda Rincón en representación de sus menores hijas y Colmédica Medicina Prepagada**

**Hechos**

1. La tutelante relató que en el 2005 su esposo, Carlos Alberto Somoza, firmó contrato de medicina prepagada con Colmédica<sup>7</sup>, del cual eran beneficiarias ella y sus dos hijas Juliana Andrea (de 10 años) y María Alejandra Somoza Pineda (de 9 años). En 2013 el contrato se suscribió a nombre de la accionante, manteniéndose como beneficiarias a las dos menores.
2. La señora Ángela María Pineda Rincón presentó acción de tutela contra Colmédica Medicina Prepagada, por suspender el contrato de medicina prepagada desde el 2005, por mora en el pago de la cuota del primer trimestre del año 2014. Lo que generó una presunta vulneración del derecho fundamental a la salud de sus hijas, Juliana Andrea y María Alejandra Somoza Pineda, que recibían tratamiento médico, para la primera de ellas por cuadro nefrótico que padecía desde los tres años de edad, y para María Alejandra, tratamiento odontológico.
3. La razón de la mora en el pago según la peticionaria, fueron circunstancias ajenas a su voluntad lo que le impidió realizar el pago oportunamente, sin embargo, para el mes de abril del mismo año canceló lo adeudado, y hasta adelantó el pago del segundo trimestre. Hecho que es soportado con el comprobante de pago.
4. El 5 de mayo del mismo año, la señora Ángela María acudió a urgencias, porque una de sus hijas, Juliana Andrea sufrió fractura en el pie derecho. Sin embargo, la entidad médica niega la prestación del servicio debido a que se encontraba en mora desde el 31 de marzo de 2014.
5. El 7 de marzo del año 2014, una de las asesoras de Colmédica contactó a la señora Ángela María, para informarle que para la reactivación del contrato requería copia de la historia clínica de Juliana Andrea y una carta elevando la petición formal.
6. El 16 de mayo de 2014, la señora Ángela recibe comunicado en el que le informan que su solicitud fue rechazada porque se consideró que la enfermedad renal que padecía Juliana Andrea era una preexistencia. Sin embargo, la niña venía siendo atendida por esta enfermedad desde el año 2007.
7. El 21 de mayo, la accionante envía solicitud de reconsideración a través de un derecho de petición a la compañía de medicina prepagada, y como respuesta le informaron que no era posible aceptar lo pedido, puesto que no se daba cumplimiento a las condiciones establecidas para el otorgamiento del beneficio no contractual, al presentarse una preexistencia y por lo tanto no podían quedar nuevamente aseguradas. Finalmente, aclara la entidad que la terminación del contrato, se debió al incumplimiento al presentarse la mora en el pago de las cuotas, en el periodo comprendido entre el primero de enero al 31 de marzo de 2014.
8. Al proceso también se vinculó a la Fundación Cardio Infantil, quienes indicaron que Juliana Andrea era una niña de 9 años, que era atendida por esa entidad por padecer síndrome nefrótico cortico dependiente secundario a nefropatía y que su tratamiento estaba suspendido desde hace 6 meses de acuerdo con el último control realizado el 21 de mayo de 2014.

---

<sup>7</sup>El 15 de marzo de 2005 el señor Carlos Alberto Somoza Pineda suscribió el contrato de medicina prepagada No. 29023192 (folios 14 y 15 del cuaderno de tutela).

**Decisión Primera Instancia.**

El Juez, después de analizar el caso, resuelve argumentando que no se desprende que las niñas estén sin cobertura, o que requieran de un servicio médico urgente que deba ser ordenado vía acción de tutela, por lo que re-direccionó a la peticionaria a la jurisdicción ordinaria para solucionar su conflicto.

**Decisión Segunda Instancia.**

Confirmó la sentencia recurrida.

**Problema Jurídico**

¿Puede la entidad de Medicina Prepagada negarse a la prestación del servicio médico alegando la falta de cobertura por presentarse preexistencias en la salud de sus pacientes, a sabiendas que tiempo atrás, había asumido el riesgo con el previo consentimiento de las partes?

**Consideraciones de la Corte**

Para resolver el interrogante, la Corte empieza por argumentar que los planes complementarios de salud se rigen por el principio de la autonomía de la voluntad, en virtud del cual, la parte interesada puede contratar la prestación de servicios adicionales de salud de acuerdo a sus requerimientos, limitaciones y necesidades específicas.

Indica que, por tratarse del servicio relacionado con la salud, el cual por su importancia es considerado un servicio público, el Estado ejerce vigilancia y control para que no se presenten abusos en contra de los usuarios y así proteger los derechos de los afiliados garantizando la prestación eficiente en el servicio.

Adicional recuerda que, todas las instituciones de salud se rigen por los principios de la Ley 100 de 1993 y uno de esos principios es la continuidad, por lo que incorpora los pronunciamientos de la Corte en la sentencia (T-760 de 2008) en la que consideró que una interrupción es injustificada, cuando las razones, con base en las cuales la entidad responsable toma tal decisión no son médicas y si son consideraciones tales como el incumplimiento en el pago de las cuotas mensuales.

Respecto de las preexistencias y exclusiones en los contratos de medicina prepagada, éstas se encuentran reguladas por el Decreto 1224 de 1994 *“por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada”*. La norma señala en el artículo 1º: *“se considera preexistencia, toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar que existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se pueda clasificar una preexistencia.”*

Al respecto de las exclusiones, dispone el artículo 2º: *“las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no estén cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones que no se consagran expresamente no podrán oponerse al usuario. No se podrán acordar exclusiones sobre malformaciones, afecciones o enfermedades que se puedan derivar de factores de riesgo propios de éstas”*.

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

Así mismo indica la Corte, que las empresas que prestan servicios complementarios de salud, deben practicar a sus futuros afiliados exámenes médicos para determinar la condición real de salud en la que se encuentra el paciente, una vez realizados los exámenes para amparar la salud del futuro afiliado, se establecerán las exclusiones de las enfermedades que por ser preexistencias no serán objeto de cobertura, dichas exclusiones deberán quedar claras sin que haya lugar a duda o diferentes interpretaciones, y deberán estar contenidas en el contrato de medicina prepagada, de lo contrario no habrá forma de valer.

De acuerdo a la verificación de la historia clínica se logró establecer que la enfermedad que padecía Juliana Andrea se presentó después de haber suscrito el plan complementario de salud, por lo que se desvirtúa una preexistencia.

Luego, no se entiende la actitud de la entidad de salud, al negarse a la prestación del servicio médico, alegando mora en el pago de las cuotas, pues en ningún momento se rehúso a recibir el pago por parte de la accionante al ponerse al día en sus obligaciones e incluso recibiendo un abono de mayor valor.

### **Decisión**

Se revocan las decisiones de primera y segunda instancia y en su lugar ordena a Colmédica, a reactivar el contrato para que las niñas puedan acceder al servicio en salud, en las condiciones en las que se les venía prestando

### **Evaluación Crítica**

La buena fe obliga a los contratantes a actuar de forma correcta, en virtud de la legítima confianza durante la etapa previa a la celebración del contrato, luego, en el desarrollo del mismo y en ocasiones en la etapa pos contractual, buscando siempre dar cumplimiento a las obligaciones que han pactado las partes.

Por lo anterior, consideramos que, la buena fe es uno de los principios más importantes ya que corresponde al correcto proceder, el abstenerse de actuar de forma contraria a las buenas costumbres, se trata de la confianza depositada al momento de contratar sin que sea defraudada, y corresponde a un comportamiento honesto, leal, con el cual una persona debería actuar en la sociedad. Esto, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 871 del Código de Comercio<sup>8</sup> por tal razón, la etapa precontractual cobra gran relevancia, pues comporta la conducta que proyectarán las partes durante la ejecución del contrato y es precisamente en esta etapa, donde la buena fe genera derechos y obligaciones, ya que en caso de presentarse engaño o falta a la verdad, puede generarse consecuencias adversas para quien falte a estos principios.

Para el caso en particular, se plantearon varias discusiones a saber: la interrupción en el servicio de salud por presentarse mora en el pago de la prima y una presunta preexistencia.

En el primero de los casos, se logró determinar que la entidad no puede interrumpir el servicio a la salud, salvo que haya una orden médica y menos cuando la entidad médica insistía para que se realizará el pago de las cuotas, pues no es comprensible que la entidad alegue la terminación del contrato por falta de pago y simultáneamente siga cobrando o, que por errores administrativos los usuarios resulten afectados como sucedió en el presente caso, donde el afiliado se pone al día en

---

<sup>8</sup>Código de Comercio. Art. 871 Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley la costumbre o la equidad natural.

## ***“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”***

el pago de las cuotas y hasta adelanta el pago; luego la entidad se rehúsa en la reactivación del servicio médico.

Para el segundo caso, respecto de la preexistencia, se logró establecer que la entidad médica obraba quizás de mala fe, poniendo barreras que impedían el acceso al servicio médico a la niña que ya padecía una enfermedad, la cual, si era conocida por Colmédica y que además estaba al tanto, sobre la prestación del servicio a través de una entidad hospitalaria. Por lo que consideramos que fue adecuado el análisis que hizo la Sala del caso, pues Colmédica se encontraba vulnerando el derecho fundamental a la salud por una omisión de su parte.

Respecto de las preexistencias como exclusión, fue posible determinar que no quedaron plenamente pactadas al momento de la celebración del contrato y tampoco al momento de suscribir el plan adicional de salud, pues para que fuera válida la exclusión, ésta debía quedar expresamente descrita en el contrato ya que en caso contrario no tendría efecto alguno o podría entenderse como una cláusula abusiva, que evidentemente produce un desequilibrio contractual al colocar a la accionante y a sus hijas en una posición gravosa y en especial, por ser ellas la parte más débil en el contrato.

Sin embargo, en el caso en concreto, al no identificarse plenamente que a la suscripción del contrato se dejó estipulado esta exclusión, dicha situación fue interpretada a favor del usuario, pues en nuestro ordenamiento jurídico, existe la prohibición de imponer cláusulas abusivas o que perjudique a alguna de las partes del contrato y que, en caso de duda, recordemos que éstas, serán interpretadas a favor del usuario, por ser la parte más débil del contrato.

Por lo dicho anteriormente y luego de analizada esta sentencia, encontramos que si se otorgó lo requerido y no encontramos que la Corte hubiere fallado en sentido desfavorable para quienes se encontraban en estado de indefensión, sin embargo, situaciones como éstas son muy recurrentes debiendo ya existir un precedente para que las actuaciones similares no se vuelvan repetitivas, si bien en cierto, se logró reactivar el servicio al usuario, la decisión solo llegó hasta a ese punto, situación que es conocida por entidades que día a día vulneran derechos de los usuarios sin que haya una verdadera intervención a quienes se les podría llegar a llamarles abusadores de los derechos de los más débiles, y encontramos que cada día, hay más fallos como el que acabamos de analizar aunque continúan los abusos pues las entidades condenadas no hacen nada para mejorar y al contrario, si perpetúan este tipo de actuaciones.

**SENTENCIA 5, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL, 29 de enero de 2015, Magistrado Ponente: MARGARITA CABELLO BLANCO, STC514-2015, Radicación n.º 11001-02-03-000-2015-00036-00**

## **TUTELA**

**Martha del socorro Giraldo y Compañía Suramericana de Seguros S. A**

### **Hechos**

1. La Señora Martha del Socorro Giraldo en calidad de la beneficiaria de la póliza de vida de su esposo, instaura tutela para proteger derechos fundamentales al debido proceso y defensa vulnerados dentro del proceso civil contractual que inició en contra de la sociedad aseguradora al ser objetado el pago de la indemnización por fallecimiento.
2. El Juzgado Sexto Civil del circuito de Medellín profirió sentencia el 15 de febrero de 2007, condenando a la aseguradora al pago de \$58.250.000 más los intereses moratorios y costas del proceso
3. El 22 de julio de 2014 el Tribunal revocó la decisión del juzgado y en su lugar, declaró probadas las excepciones de mérito de la parte demandada, llamadas "inexistencia del contrato de seguro para el evento de muerte originada en lesiones causadas por arma de fuego, cortante, punzante o contundente durante el primer año de vigencia del seguro" e "inexistencia de la obligación de indemnizar por parte de suramericana".
4. La prueba base para el fallo de segunda instancia, fue sustentada por el anexo a la solicitud de seguro individual en donde se estipulaba la exclusión objeto de estudio
5. Pide así, la demandante que se deje sin efecto la segunda instancia por cuanto la prueba que fue base del fallo, no puede ser el anexo a la póliza para el seguro de vida individual por ser contraria al régimen legal

### **Problema Jurídico**

¿Las exclusiones pactadas y aceptadas por el tomador del seguro son válidas, si se hicieron con posterioridad al contrato inicial de seguro y éstas se consagraron en un anexo de la póliza?

### **Sentencia de Primera Instancia**

El 15 de febrero de 2007, en sentencia del Juzgado Sexto Civil del Circuito de Medellín, se condena a la aseguradora al pago de la indemnización a la beneficiaria, a la luz de ser ineficaz la exclusión pactada y plasmada en la póliza de seguro en un anexo y no en la carátula de la póliza, tal como lo regula la ley.

### **Sentencia de Segunda Instancia**

El Tribunal, en segunda instancia el 22 de julio de 2014, revocó la decisión inicial con base en las excepciones de mérito de la aseguradora, dando fe probatoria a la prueba de exclusión pactada, indicando como argumentos principales que ésta fue plasmada en el contrato, en el anexo que hace parte de este y que el tomador aceptó la exclusión.

### **Consideraciones de la Corte**

La Corte recalca una vez más en línea jurisprudencial, que la tutela no es el mecanismo idóneo para censurar decisiones judiciales, pues no existe una vía de hecho que constituya una real violación a algún principio fundamental y adicional la actora, dispone de medios ordinarios y efectivos para lograr la impugnación del fallo.<sup>9</sup>

Y en todo caso, si se requiere a la tutela como mecanismo para defender derechos vulnerados en sentencias judiciales, deben darse los siguientes requisitos: (...) *“Que la cuestión que se discuta resulte de evidente relevancia constitucional; b) Que se hayan agotado todos los medios ordinarios y extraordinarios de defensa judicial al alcance de la persona afectada, salvo que se trate de evitar la consumación de un perjuicio iusfundamental irremediable; c) Que se cumpla el requisito de la inmediatez; d) Cuando se trate de una irregularidad procesal; e) Que la parte actora identifique de manera razonable tanto los hechos que generaron la vulneración como los derechos vulnerados y que hubiere alegado tal vulneración en el proceso judicial siempre que esto hubiere sido posible y f) Que no se trate de sentencia de tutela»* y, 2. Especiales: *«a) Defecto orgánico; b) Defecto procedimental absoluto; c) Defecto fáctico; d) Defecto material o sustantivo; e) Error inducido; f) Decisión sin motivación; g) Desconocimiento del precedente y h) Violación directa de la constitución”* (...)

La Corte comparte el mismo argumento de la beneficiaria, en cuanto que la compañía de seguros pretendió excluir un riesgo por el cual estaba cobrando prima, ya que desde el principio del contrato la aseguradora, aceptó el cubrimiento del riesgo y posterior, al quererlo excluir, debió haber efectuado un descuento en la prima y al no hacerlo, la consecuencia lógica, era la indemnización por el fallecimiento.

La póliza de seguro, de acuerdo al artículo 1048 de Código de Comercio se puede componer de varios documentos, sin embargo, en materia de exclusiones la ley tiene tratamiento especial en la Ley 45 de 1990.

En el artículo 44 de la Ley 45 de 1990, se tipifica en el numeral tercero que: “las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.”

Adicionalmente, el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero indica que las pólizas deberán sujetarse a ciertos requisitos: numeral c: Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.

Las circulares externas de la Superintendencia Financiera de Colombia números 007 de 1996 y la 076 de 1999 también señalan que las exclusiones pactadas, se deben registrar a partir de la primera página de la póliza y en carácter destacado

De modo que, analizando la póliza objeto de discusión, se verifica que no cumple con los requisitos mínimos legales, por lo tanto, se considera que la exclusión pactada en el anexo es abiertamente ilegal por violar normas imperativas y por lo tanto es ineficaz de pleno derecho.

---

<sup>9</sup> Sin embargo (...) la Constitución otorgó la libertad de realizar la actividad aseguradora, pero dicha actividad tiene límites, principalmente, cuando se encuentre involucrado en ella valores y principios constitucionales, la protección de derechos fundamentales o en pro del interés general. Es por esto, que una vez agotados los mecanismos ordinarios o con la finalidad de evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable la acción de tutela es el mecanismo idóneo para proteger los derechos fundamentales de los beneficiarios de la actividad aseguradora Sentencia T-245/14

### **Decisión**

Tutelar a favor de la beneficiaria obligando a la aseguradora al pago de la indemnización y revocar la sentencia del 22 de julio de 2014.

### **Evaluación Crítica**

Las exclusiones pueden tener su origen en la ley o en el contrato<sup>10</sup>, las primeras existen cuando se protege el orden público y por lo tanto en principio no son modificables por la voluntad de las partes, sin embargo, existirán algunas que por la naturaleza de la póliza permiten pacto en contrario, tal es el caso de la póliza de responsabilidad civil y riesgos financieros, por ejemplo, en las que se asegura la culpa grave, o también en la póliza de cumplimiento en donde el riesgo que se asegura es el dolo del deudor afianzado<sup>11</sup>; y por otra parte, están las exclusiones convencionales, que son las que nos atañen para el presente estudio, surgiendo éstas por la voluntad de las partes, siempre y cuando, no atenten contra el orden público o la ley.<sup>12</sup>

Tanto las exclusiones legales como las contractuales deben estar contenidas de manera expresa y clara, ya sea en la ley o en el contrato que dio origen a ellas, pues de lo contrario, el asegurado no tendría certeza jurídica de su aplicación sin un texto que le permita la verificación del acuerdo de voluntades, en especial, para éstas últimas en donde el estado del riesgo puede variar y así mismo las condiciones de asegurabilidad de la póliza de seguro.

Por lo anterior, la Corte Suprema de Justicia siguiendo los parámetros legales establecidos en la Ley 45 de 1990<sup>13</sup>, Código de Comercio<sup>14</sup> y Estatuto Orgánico del Sistema Financiero<sup>15</sup> y de acuerdo a la doctrina indicada anteriormente, es contundente cuando afirma que toda exclusión debe ir en el texto de la póliza de manera expresa y ésta debe consignarse en la primera hoja de la póliza en caracteres destacados, con lo cual, es lógico señalar que cualquier otro lugar, viola lo dispuesto en la ley y aunque sea un acuerdo de partes posterior a la elaboración del contrato, tratándose de una exclusión, no puede ir en un anexo de la póliza, y debe cumplir siempre, y de manera obligatoria las formalidades de la ley, so pena de ser ineficaz por violar la norma y transgredir los derechos del asegurado.

Así mismo, la exclusión que se pactó en esta póliza, no es una exclusión que a nuestro modo de ver, deba suscribirse en una póliza de vida, pues aunque la Corte Suprema de Justicia no reparó profundamente en este aspecto por la facultad que tiene la aseguradora<sup>16</sup> de decir que riesgo acepta y cual no<sup>17</sup>, para nosotras, es cuestionable la razón de ser de ésta exclusión, pues contraría el sentido del amparo en un seguro de vida, en el que se asegura la posibilidad de fallecimiento y que cuando se limita a que la muerte solo pueda tener origen natural, puede llegar a ser una cláusula abusiva<sup>18</sup>, ya que a pesar de ser pacto de partes, evidentemente es una negociación que parece ser el resultado de una posición dominante y por lo mismo es una cláusula abusiva y es importante

---

<sup>10</sup> Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página 471

<sup>11</sup> Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página 474 a la 476

<sup>12</sup> Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página 483

<sup>13</sup> Ley 45 de 1990 artículo 4, numeral 3 “los amparos básicos y las exclusiones deben figurar en caracteres destacados, en la primera página de la póliza”

<sup>14</sup> Código de Comercio, Artículo 1048.

<sup>15</sup> Estatuto Orgánico Financiero, artículo 184 numeral c

<sup>16</sup> Código de Comercio artículo 1056

<sup>17</sup> Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, página 483

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia, sentencia 19 de diciembre de 2008 “(...) Ha de señalarse, además, que la respectiva exclusión no debe generar un desequilibrio tal en el haz derechos y obligaciones que para las partes surgen del contrato de seguro, que contrariándose el principio de buena fe y sin que hubiere mediado la pertinente explicación, la mencionada estipulación puede considerarse como una cláusula abusiva (...)”

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

recordar que en estos casos, en los que se presentan cláusulas abusivas o desfavorables, se aplicarán éstas, en el sentido favorable a la parte considerada débil en el contrato<sup>19</sup>.

Siguiendo lo descrito, al ser ésta “exclusión adicional” una cláusula abusiva, se presentó la situación en la que la aseguradora constituye una delimitación adicional al riesgo, que en principio amparaba, sumándose el hecho de no reducción en el valor de la prima de manera proporcional a la reducción de la cobertura y así, la aseguradora siguió entonces, con la misma tarifa, lo que, a toda luz del derecho, se conoce como desigual y por ende dicha acción, es violatoria también al principio de uberrima buena fe.

Finalmente, y para el tema de tutela nos adherimos a lo pronunciado en la sentencia T-738-2011, en la que se plantea que, en cualquier relación jurídica, incluye la posibilidad de debilidad de una parte y por el hecho de ser la actividad aseguradora un servicio público, debe acudirse a este mecanismo de defensa<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup>Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia de 4 de noviembre de 2009, exp. 11001 3103 024 1998 4175 01. “Constituyendo un negocio jurídico por o de adhesión, donde de ordinario, el contenido está predispuesto por una de las partes, usualmente en su interés o tutela sin ningún o escaso margen relevante de negociación ni posibilidad de variación, modificación o discusión por la otra parte, aun cuando, susceptible de aceptación, no por ello, su contenido es ilícito, vejatorio o abusivo per se, ni el favor pro adherente e interpretatio contra stipulatorem, contra preferentem, actúa de suyo ante la presencia de cláusulas predispuestas, sino en presencia de textos ambiguos y oscuros, faltos de precisión y claridad, en cuyo caso, toda oscuridad, contradicción o ambivalencia se interpreta en contra de quien las redactó y a favor de quien las aceptó”.

<sup>20</sup>Sentencia T-738 de 2011 “Las razones para hacer procedente la acción de tutela contra estas entidades ha tenido en cuenta, en general, que las actividades financieras –dentro de las que se encuentran la bancaria y la aseguradora-, en tanto relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público, es una manifestación de servicio público o que al menos involucra una actividad de interés público –de acuerdo con el artículo 335 Constitucional-. Igualmente, se ha señalado que, en ciertos casos, al identificar la imposibilidad de defensa efectiva, se justifica la procedencia de la acción de tutela en contra de entidades financieras ante la configuración de una situación de debilidad que implica una relación de indefensión basada en la evidencia de una disparidad de armas significativa entre las partes involucradas”.

**SENTENCIA 6, CORTE CONSTITUCIONAL SALA PRIMERA DE REVISIÓN, Febrero 13 de 2015, Magistrada ponente: MARÍA VICTORIA CALLE CORREA, Sentencia T-065/15- Referencia: expediente T-4525242**

### **Acción de tutela**

**Ana Lucía Laverde de Strauss, Peggy Erika Strauss Laverde y Yeimey Esther Strauss Laverde contra el Juzgado Veinte (20) Civil del Circuito de Descongestión de Bogotá y la Sala Séptima (7ª) de Decisión Civil del Tribunal Superior de Bogotá.**

### **Hechos**

1. El señor Robert Carl Edward Strauss falleció el dos (2) de enero de dos mil nueve (2009).
2. El siete (7) de enero del mismo año, las señoras Ana Lucía Laverde de Strauss, Peggy Erika Strauss Laverde y Yeimey Esther Strauss Laverde, cónyuge e hijas, la viuda y las dos (2) hijas sobrevivientes exigen el pago del seguro de vida, al considerarse beneficiarias.
3. La aseguradora negó la pretensión, argumentando que el respectivo contrato había terminado de manera automática desde el primero (1º) de noviembre de dos mil ocho (2008), porque el difunto había incurrido en mora al no realizar el pago de las primas mensuales posteriores al mes de octubre y especialmente, aquella correspondiente al mes de noviembre.
4. Sin embargo, la accionante en su momento, dio las explicaciones de las razones del no pago de las primas, indicó que no había sido la intención del señor Strauss, restringir el débito automático a uno solo de sus productos financieros, lo cual pasó porque el formulario a través del cual suscribió la póliza estaba pre-impreso y sólo permitía referenciar una de sus cuentas, es decir; marcó con una “X” la casilla cuenta corriente, y en la parte inferior de la misma, autorizó a BANCOLOMBIA para que hiciera el débito de la cuenta de ahorros o cuenta corriente o se cargara a la tarjeta de crédito el saldo, o en caso de insuficiencia de fondos en la cuenta corriente, para que se afectará el cupo de sobregiro disponible.
5. La accionante alegó, que la aseguradora no podía dar por terminado el contrato el primero (1º) de noviembre de dos mil ocho (2008), porque esto desconocía el período de gracia que se extendía desde esa fecha hasta el día treinta (30) del mismo mes.
6. La accionante demandó a la aseguradora por responsabilidad civil contractual, pero los jueces ordinarios no vincularon al proceso al banco, profiriendo sentencia absolutoria en primera (1ª) y segunda (2ª) instancia, resolviendo que, a su juicio, si bien existía saldo suficiente en otra cuenta corriente del difunto para el momento en que debía realizarse el pago, y la entidad financiera podía debitar el dinero de cualquiera de sus otros productos bancarios, los errores, omisiones o fallas que se hubiesen presentado en dichas operaciones, no excusaban al asegurado de realizar el pago, toda vez que estos problemas eran parte de la relación entre el cliente y el banco y no le eran oponibles a la aseguradora.

### **Problema Jurídico**

¿Puede la compañía de seguros, alegar mora el pago de la prima y por ende negar la cobertura del amparo reclamado, cuando el tomador y/o sus beneficiarios de la póliza que hicieron todo lo necesario para que le fuera debitado el dinero de sus cuentas y demuestran que la mora fue causada por errores administrativos propios de la entidad?

### **Decisión Primera Instancia**

Negó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a las accionantes, acogiendo el argumento expuesto por la aseguradora en los alegatos de conclusión, según el cual, la omisión en que presuntamente había incurrido Bancolombia, a la hora de realizar el débito automático de la prima, no excusaba al difunto del incumplimiento de sus obligaciones contractuales.

### **Decisión Segunda Instancia**

Se confirma el fallo impugnado, bajo el argumento de no existir un vicio manifiesto que afectara los derechos fundamentales de la parte actora y que mereciera la especial intervención del juez constitucional. A su juicio, los jueces ordinarios habían hecho una razonable valoración del acervo probatorio, encontrando ajustada a derecho la terminación automática del contrato.

Por lo anterior, señalaron que los accionantes, debieron haber hecho uso del recurso extraordinario de casación antes de recurrir a la acción de tutela, razón por la cual, no cumplieron con el principio de subsidiariedad.

Finalmente, se indicó que eran irrelevantes las explicaciones dadas por la accionante en relación al cobro de las cuotas adeudadas, ya que, a pesar, de haber informado que el débito podía realizarse de otras cuentas, nada tenía que ver la mora con la aseguradora y la terminación del contrato, pues la relación era entre el cliente y el banco.

### **Consideraciones de la Corte**

La sala de revisión al analizar el caso no encuentra que los jueces ordinarios hayan cometido error en cuanto a la valoración de las pruebas allegadas, así como tampoco a la interpretación de las normas.

Tampoco consideró la Sala, que existió vulneración en los derechos de la parte actora y consideró, que el intento de la aseguradora para debitar de la cuenta, el pago de la prima en varias ocasiones, inclusive, después de haberse vencido el periodo de gracia; no podía entenderse como una afectación a los derechos de la accionante y que por el contrario, lo que se presentó fue la intención de la aseguradora para favorecer al deudor y darle más tiempo para que el deudor pudiera pagar las cuotas pendientes y ya después de varios intentos fallidos, para debitar el pago, si se tendría que dar por terminado el contrato por presentarse mora.

Por otro lado, la Sala llegó a la conclusión que no hubo vulneración a la Constitución Política por la falta de notificación al tomador sobre la terminación del contrato al presentarse la mora en el pago de las primas, situación que fue justificada, ya que para el caso en particular, el tomador no es obediente durante el desarrollo del contrato y como consecuencia, se le sancionó al dar por terminado el contrato por parte de la aseguradora, quedando este liberado de cualquier obligación al presentarse el incumplimiento, por tal razón, la Sala no encontró violación a los derechos del accionante.

Tampoco encontró que las autoridades judiciales civiles ordinarias hayan violado la Constitución o que se haya dado una interpretación legal contraria a los postulados de la Carta Política, al no aplicar lo estipulado en el artículo 1153 del Código de Comercio, según el cual, los contratos de seguro de vida no pueden ser terminados de manera automática después de dos (2) años de vigencia si las primas atrasadas son menores que el valor de cesión o rescate. La mencionada disposición normativa no es aplicable al caso concreto, porque la póliza “Plan de Vida Ideal” que suscribió el

## ***“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”***

señor Strauss con la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A., tenía una duración de un año, por lo que, al no tener que realizar ningún pago en exceso o anticipado, en consecuencia, no se generó, una reserva matemática que le permitiera continuar con la cobertura del riesgo cuando se atrasara en el pago de las primas, razón por la cual, la terminación del contrato quedó sujeta únicamente a lo establecido en el artículo 1152 del Código de Comercio.

Vale la pena aclarar, que la Sala si encontró un error cometido por el juez de primera instancia, que consistió en omitir la vinculación oficiosa al proceso a la entidad financiera Bancolombia, pues era necesaria su comparecencia al proceso, en el entendido que la entidad financiera, fue quien no autorizó el débito del dinero de otras cuentas que en principio fueron autorizadas por el Señor Strauss para cubrir el pago de las cuotas adeudas, situación que fue cuestionada por la Sala.

### **Decisión**

Por lo anterior, la Sala concluye que si hubo vulneración al debido proceso al no vincular a la entidad financiera (Bancolombia) al proceso, porque al darse la terminación del contrato de seguros no fue responsabilidad de la accionante sino de la entidad financiera. De modo que se revocaron los fallos de los jueces ordinarios y ordenó al Juez de primera instancia vincular a Bancolombia al proceso y luego de esto, emitir un nuevo fallo en el término de un (01) mes.

### **Evaluación Crítica**

Al igual que en las exclusiones, las cuales ya hemos estudiado a fondo en el presente trabajo de grado, consideramos que la validez de las cláusulas en todo contrato de seguro, ya sea para establecer condiciones generales, delimitar el riesgo o particulares, como en este caso, depende de la claridad de las mismas, pues como en este contexto, se generó una grave afectación a la accionante por la falta de claridad, y ésta produjo el error cometido por la entidad financiera respecto de la no verificación de las otras cuentas que fueron registradas en el formulario, de las cuales, también pudo haberse debitado el dinero para cubrir el pago de las cuotas adeudas. Esta situación, causó entre otros problemas, un gran desgaste no solo para quienes intentaron hacer valer sus derechos, sino también para el administrador de justicia que, de acuerdo a nuestro análisis, incurrió en un error operativo.

Desde esta perspectiva, entendemos que no se trató de una cláusula que limitaba o excluía la responsabilidad de las partes, sino que se trató de una indicación que no fue tomada en cuenta para que se diera el normal desarrollo en la prestación del servicio y que generó a su vez un perjuicio.

Es por lo anterior, que al examinar la decisión de la Sala, encontramos que el fallo fue acertado al exigir la vinculación de la entidad financiera al proceso, al final fueron éstos, quienes hicieron caso omiso a las indicaciones del Señor Strauss para realizar el débito de las demás cuentas que inicialmente habían sido registradas y autorizadas para cubrir la deuda, sin embargo, reprochamos a la Sala el no haber profundizado respecto de éstas situaciones, en donde se presentan formatos ya establecidos por las entidades que a nuestro entender, en el presente caso, solo se trató de una simple formalidad que finalmente no sirvió para nada y por el contrario si afectó al contrato de seguro.

## **CONCLUSIONES**

El presente trabajo, tiene por objeto analizar las cláusulas limitativas de responsabilidad, a nivel jurisprudencial y doctrinal. Examinando, algunos casos como los comentados en las seis (6) sentencias que acabamos de exponer, que nos introducen en la materia.

De acuerdo al principio de libertad contractual, las partes pueden llegar a acuerdos de forma anticipada, estas son las denominadas cláusulas de responsabilidad que según la doctrina puede dividirse en dos tipos: a) cláusulas relativas a la obligación que al eliminarla afectan necesariamente la responsabilidad y b) las cláusulas relativas a la responsabilidad por los daños a una de las partes, y las cláusulas limitativas de responsabilidad que tiene por objeto predeterminedar límites y modalidades de reparación<sup>21</sup>.

En este entendido, durante los tratos preliminares las partes pactan de manera voluntaria los amparos a contratar para un riesgo específico y el asegurador de acuerdo a su experiencia, puede aceptarlo o no, también podrá delimitar su responsabilidad previamente a la realización del riesgo<sup>22</sup>.

Para casos de seguros de responsabilidad civil extracontractual, se encuentran dos tipos de exclusiones que según la doctrina pueden llamarse absolutas, que en principio no pueden levantarse, y las relativas, que pueden ser materia de cobertura mediante la contratación de un amparo adicional<sup>23</sup>.

Entonces, las cláusulas limitativas de responsabilidad excluyen ciertas situaciones, por ejemplo, en la póliza de manejo global comercial, donde por regla general cubre contra la apropiación indebida de bienes de propiedad del asegurado en que incurran sus empleados, para este caso, el asegurador otorga cubrimiento a ciertos delitos a saber: hurto, estafa, falsedad y el abuso de confianza, pero también el asegurador limita su responsabilidad a situaciones que por su gravedad o exposición a la pérdida constante no le interesa cubrir, entonces, podrá excluir reclamaciones en las que se busque el pago del lucro cesante<sup>24</sup>, las mermas de inventarios, actos de la naturaleza, entre otras situaciones, pero luego, puede levantarse la exclusión para el caso de lucro cesante sublimitado el pago de un porcentaje de la pérdida.

También encontramos otras situaciones tales como: cobertura para perjuicios extra-patrimoniales en los cuales la indemnización no es mayor al 75% de la suma asegurada o para casos en el ramo de transportes, si el remitente no declara el valor de la mercancía solo se indemnizará hasta un monto determinado, y podría pactarse que no habrá lugar a pago de lucro cesante, situaciones como éstas, encontramos a diario en los diferentes casos.

Como lo mencionamos en otro aparte del presente escrito, las partes previamente a la celebración del contrato, conocen cuáles serán las coberturas y las exclusiones pactadas con el fin de no incurrir más adelante en controversias que puedan llegar a afectar el acto jurídico o situaciones como la imposición de cláusulas abusivas.

Sin embargo, es necesario diferenciar dos situaciones que comúnmente encontramos, se debe distinguir entre la cláusula exoneratoria de responsabilidad y la cláusula limitativa de responsabilidad,

---

<sup>21</sup>José Manuel Gual Acosta, Validez de las cláusulas limitativas de responsabilidad y la exoneración y limitación de la responsabilidad contractual, Perú, Advocatus, núm. 8, Universidad de Lima, 2003, pág. 100. Pág. 62 de Obdulio

<sup>22</sup>Sentencia Expediente Nro. 7288, Corte Suprema de Justicia, 21 de mayo de 2002, Magistrado ponente Silvio Fernando Trejos Bueno

<sup>23</sup>Juan Manuel Díaz –Granados, El seguro de responsabilidad civil, Facultad de Jurisprudencia, Bogotá, Centro Editorial Rosarista, 2006, pág. 394.

<sup>24</sup>Sentencia STC16747-2014, Radicación n.º 11001-02-03-000-2014-02648-00, Corte Suprema de Justicia, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez

## “LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”

en efecto, la primera tiene por objeto excluir la responsabilidad del deudor, en tanto que la segunda, simplemente limita dicha responsabilidad, estableciendo un tope máximo, excluyendo algunos daños (por ejemplo, el lucro cesante) o limitando la responsabilidad a ciertos tipos de incumplimientos.<sup>25</sup>

Por consiguiente, estamos de acuerdo con lo mencionado por GUAL ACOSTA, las cláusulas de exoneración y limitación de responsabilidad aportan ventajas en los procesos de negociación y de contratación, con particular relevancia en los mercados de seguros, pues los hacen factibles desde el punto de vista financiero. Las cláusulas de exoneración o limitación también juegan un papel muy importante en el derecho de la competencia, como ocurrió en el transporte marítimo en el que, gracias a la presencia de las cláusulas de limitación de responsabilidad, se produjeron los fletes favoreciendo a las compañías navieras anglosajonas frente a las competidoras italianas y francesas

26

Como bien lo menciona el Doctor Juan Manuel Díaz-Granados en su obra El Seguro de Responsabilidad Civil, el cual citamos anteriormente, en relación a las exclusiones absolutas y relativas, en las últimas puede establecerse sublímites al riesgo

Desde esta perspectiva, es claro que las cláusulas limitativas de responsabilidad son aquellas que las partes contractualmente pactan y que liberan de forma parcial o total en el pago de la indemnización al asegurador, siempre que dichas cláusulas no vayan en contra de la ley o las buenas costumbres.

La Corte Suprema de Justicia en un fallo en el que analizó el tema de las exclusiones ha considerado que *“las cláusulas que fijan exclusiones no restringen los derechos de los asegurados, sino que **delimitan el ámbito de responsabilidad de quien se hace cargo de ese hecho incierto** por lo que debe ser concreta y clara, como ocurre en este caso, en el que además de indicar los hechos que se encontraban fuera del amparo, desde la cobertura se precisó, que la muerte del asegurado por cuenta de una enfermedad que antecediera al seguro, estaba excluida, términos en los que quedaron vinculados todos los intervinientes.”*<sup>27</sup> Entonces, las exclusiones necesariamente tienen que estipularse por escrito y dejar constancia de ello, en casos en los cuales por ejemplo, se desee determinar el estado de salud de la persona que pretenda asegurar su vida, debe quedar indicado desde un principio para establecer hasta dónde va la responsabilidad de la compañía en el momento de la realización del riesgo.<sup>28</sup>

En razón al criterio sentado por la jurisprudencia, al plantear que las exclusiones permiten dar claridad al riesgo que pretende asumir la compañía de seguros, éstas también fijan las condiciones en las que se prestará un servicio en razón a una determinada cobertura, el asegurador, entonces, podrá limitar la prestación de ese servicio condicionado al pago de un mayor valor de la prima. La Corte ha dejado claro en reiteradas oportunidades, que, al presentarse una exclusión, ésta debe quedar expresamente descrita en la póliza para que pueda ser válida, en caracteres destacados y en la carátula de la misma, y no en sus anexos u otros documentos.

Encontramos también otras situaciones analizadas por la Corte Suprema sobre las compañías de medicina prepagada, respecto de la necesidad de practicar exámenes médicos con fin de establecer preexistencias y para luego incorporarlas en el contrato de seguros como exclusiones, la Corte sostuvo que “de conformidad con los preceptos contenidos en la Ley 100 de 1993, así como en la jurisprudencia, ha quedado claro que las EPS no pueden aplicar preexistencias a sus afiliados. Situación diferente es la existente cuando se trata de contratos de medicina prepagada, en los

---

<sup>25</sup>Juan Pablo Cárdenas Mejía, Tendencias de responsabilidad civil en el siglo XXI, Facultad de Ciencias Jurídicas, Bogotá, 3009, pág. 232.

<sup>26</sup>José Manuel Gual Acosta, Validez de las cláusulas limitativas de responsabilidad y la exoneración y limitación de la responsabilidad contractual, Perú, Advocatus, núm. 8, Universidad de Lima, 2003, pág. 100.

<sup>27</sup>C. S. de J., Sala de Casación Civil, sentencia exp. 00629-01, 10 septiembre 2012

<sup>28</sup>C. S. de J., Sala de Casación Civil, sentencia T-245 de 2014, abril 2014

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

cuales, se acepta la figura de las preexistencias *-afecciones o daños en la salud de los beneficiarios del respectivo contrato, que por ser anteriores al mismo no quedan cubiertas por sus cláusulas y no se pueden cargar a la cuenta de la compañía de medicina prepagada-* aunque, con miras a la seguridad en el ejercicio de los derechos del usuario y de la claridad en las relaciones emanadas del convenio, éstas no pueden oponerse al contratante si no se han contemplado expresamente y por escrito en el contrato desde el momento de su celebración, de lo cual se deriva que la respectiva compañía, está obligada a efectuar un examen médico a cada beneficiario al momento del ingreso, de modo que le permita detectar anomalías o enfermedades que no queden cubiertas, dejando la respectiva constancia, conocida por ambas partes”<sup>29</sup>

En este sentido la jurisprudencia ha sostenido en reiteradas oportunidades que es necesario dejar expresamente indicado los riesgos objeto de cobertura y los que no gozan de ésta, desde el mismo momento de la celebración del contrato, por cuanto la claridad en la cobertura, genera confianza entre las partes acerca de la protección que están contratando y se entiende que la entidad se obliga a la prestación de servicios porque así se ha pactado.

Sin duda, existen situaciones en las cuales se pactan cláusulas que vulneran los derechos de las partes que se encuentran en estado de indefensión, por lo que es pertinente recordar el caso analizado antes en la Sentencia T-963/14, en la cual la empresa de Medicina Prepagada se negó a la reactivación del contrato y por ende a la prestación del servicio médico a una niña que padecía de una enfermedad, argumentando la entidad que, la usuaria había incurrido en mora en el pago de la prima, cuando la accionante, madre de la niña ya se había puesto al día en sus obligaciones de pago. Este caso desde nuestro punto de vista, lo consideramos gravoso por la situación en la que se encontraba la accionante, realidad que no fue tenida en cuenta por la entidad demandada, quien abuso de su posición dominante para dilatar e interrumpir los tratamientos médicos que se le venían prestando a sus dos hijas, pero que, y con algo de alivio, encontramos que para situaciones como éstas, existió una supervisión por el Estado para proteger los intereses legítimos de los usuarios, pues se trata de la protección de derechos fundamentales como lo es, el de la salud.

Lo anterior, obedece a que en ocasiones las grandes empresas, imponen cláusulas que pueden agravar la situación del usuario o dan una interpretación distinta a la que es en realidad, con el fin de que la parte contratante sufra las consecuencias negativas del normal desarrollo de la prestación de un servicio, resaltando acá que reprochamos situaciones como estas, ya que en la celebración de cualquier contrato y en especial en el contrato de seguro, las partes deben actuar de buena - ubérrima- fe.

Debe observarse entonces, que en Colombia no existe prohibición legal para limitar la responsabilidad del asegurador en la asunción de los riesgos, salvo que sea contrario a la ley. Pero lo que no podrá hacer el asegurador, es imponer cláusulas abusando de su poder dominante sobre el consentimiento de la otra parte, y se fracture así, el acto jurídico y se genere un desequilibrio contractual o se presente ambigüedad en las cláusulas, pues para tal situación, existe normatividad aplicable que dispone, que dichas cláusulas se interpretarán a favor del deudor, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1624 del Código Civil<sup>30</sup>.

Las cláusulas que delimitan la responsabilidad o que excluyen ciertos eventos no están prohibidas por la normatividad en Colombia, sin embargo, lo que se busca es la protección de los usuarios de los diferentes sistemas financieros, para impedir que se presenten abusos y se conviertan estas

---

<sup>29</sup>Sentencia 10 de febrero de 2000, exp, T-250298

<sup>30</sup>Código de Comercio, artículo 1624. Interpretación 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.

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

exclusiones en cláusulas abusivas que perjudiquen los intereses de la parte más débil en los contratos.

Encontramos así, que en la doctrina, hay gran debate respecto acerca de las cláusulas limitativas de responsabilidad o exclusiones, sobre todo cuando se discute el pago de perjuicios extra-patrimoniales, pues se trata del fuero interno de las personas, considerando en este punto, que no debería existir ninguna limitación; en cuanto a la jurisprudencia, confirmamos que la Corte es coherente en las diversas manifestaciones, que el riesgo se individualiza, precisa y delimita en la póliza, precisión que puede resultar en forma positiva por la limitación del riesgo asumido, o en forma negativa por las exclusiones enumeradas, sea en las condiciones generales o en las condiciones particulares de póliza.

Determinándose bajo este marco doctrinal, que conceptualmente la delimitación del riesgo puede ser positiva, esto es, cuando se indica los riesgos que, si se amparan, o puede ser delimitación del riesgo negativo, en los eventos, en los que no se da cubrimiento por parte de la aseguradora, las cuales, según nuestra investigación de doctrina, podrían enumerarse de la siguiente forma:

- Delimitación temporal: el cubrimiento se estipula durante determinado tiempo.
- Delimitación personal: se prevén calidades personales debe revestir un sujeto para ser amparado por el seguro
- Delimitación objetiva: se afecta a determinada cosa o situación, sin hacer mención a aspectos subjetivos
- Delimitación causal: se informa en la póliza que acontecimientos cubriría y cuales no; estos pueden ser a su vez, objetiva o subjetiva. **En la delimitación causal objetiva** se especifican circunstancias que no son cubiertas: vicio propio, terremoto, guerra. **En la delimitación causal subjetiva** no se cubre el dolo y **la culpa grave**.

Concluyendo con lo descrito, las exclusiones de cobertura para que sean válidas, se deben estipular desde el nacimiento del contrato, deben ser razonables y equitativas, ya que las exclusiones que se tornan por su texto en cláusulas abusivas no pueden recibir protección legal, sobre todo en un contrato con cláusulas predispuestas como es el contrato de seguro; de modo que las exclusiones, por su importancia en el manejo del riesgo, deben estar en consonancia con los principios de buena fe y equilibrio contractual, deben tener relación de causalidad en su aplicación y deben así mismo, cumplir las formalidades legales, para no afectar en ningún momento los derechos del consumidor.

Por lo dicho anteriormente y luego de analizada esta sentencia, encontramos que si se otorgó lo requerido y no encontramos que la Corte hubiere fallado en sentido desfavorable para quienes se encontraban en estado de indefensión, sin embargo, situaciones como éstas son muy recurrentes debiendo ya existir un precedente para que las actuaciones similares no se vuelvan repetitivas, si bien en cierto, se logró reactivar el servicio al usuario, la decisión solo llegó hasta a ese punto, situación que es conocida por entidades que día a día vulneran derechos de los usuarios sin que haya una verdadera intervención a quienes se les podría llegar a llamarles abusadores de los derechos de los más débiles, y encontramos que cada día, hay más fallos como el que acabamos de analizar aunque continúan los abusos pues las entidades condenadas no hacen nada para mejorar y al contrario, si perpetúan este tipo de actuaciones. Resaltamos acá lo dicho en la sentencia T-136 del 13 de marzo de 2013, la Corte Constitucional, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio. Expediente T-3-868.439, dejando claridad sobre la importancia de entregar información clara y suficiente a los consumidores.

*“La información suministrada por las entidades a los consumidores financieros tiene por objetivo fundamental equilibrar la situación de indefensión en la que normalmente se encuentra el usuario, empoderándolo en el conocimiento y ejercicio efectivo de sus derechos. Se espera entonces que la información otorgada, (i) dote a los consumidores*

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

*financieros de elementos y herramientas suficientes para la toma de decisiones; (ii) facilite la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado, y (iii) propenda por que conozcan suficientemente los derechos y obligaciones pactadas<sup>31</sup>. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias «(...)”*

Esta sentencia también menciona otra situación de gran importancia:

*“(...) el acceso efectivo a la información es uno de los pilares esenciales sobre el cual se edifica la relación entre las entidades del sector financiero y los consumidores o usuarios del mismo. En este sentido, constituye un deber de diligencia mínimo de la compañía aseguradora registrar y almacenar organizadamente los documentos que contienen los elementos esenciales del contrato suscrito, para que así mismo pueda suministrarlos de forma completa y oportuna al tomador, beneficiario o asegurado que los solicite en cualquier momento.”*

Por lo dicho anteriormente y luego de analizada esta sentencia, encontramos que si se otorgó lo requerido y no encontramos que la Corte hubiere fallado en sentido desfavorable para quienes se encontraban en estado de indefensión, sin embargo, situaciones como éstas son muy recurrentes debiendo ya existir un precedente para que las actuaciones similares no se vuelvan repetitivas, si bien en cierto, se logró reactivar el servicio al usuario, la decisión solo llegó hasta a ese punto, situación que es conocida por entidades que día a día vulneran derechos de los usuarios sin que haya una verdadera intervención a quienes se les podría llegar a llamarles abusadores de los derechos de los más débiles, y encontramos que cada día, hay más fallos como el que acabamos de analizar aunque continúan los abusos pues las entidades condenadas no hacen nada para mejorar y al contrario, si perpetúan este tipo de actuaciones.

Ahora bien, anteriormente criticamos la severidad de un fallo que decidió la Corte, pero en este punto, también es importante resaltar el apoyo que se brinda con las facultades jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera, en la tarea de inspección, control y vigilancia y en especial reparación de daños a través de la imposición de las multas, por temas como las exclusiones que afectan el equilibrio contractual, ya que por la rapidez en la toma de decisiones y considerando que muchas de las compañías de seguros le temen a la severidad en sus fallos, hace un gran aporte en la consecución del objetivo, evitando así, que se siga vulnerando los derechos de los consumidores, y logra así, que el daño sea reparado cuando la entidad que ha prestado el servicio ha sido deficiente y reprochable.

Ahora bien, en esta línea es necesario traer al presente escrito, la Ley 1328 de 2009, por medio del cual se establece un régimen encaminado a la protección de los consumidores que establecen relaciones con entidades vigiladas, respecto de aquellas conductas que pueden considerarse como abusivas. Por ello los artículos 11 y 12<sup>32</sup> de Ley antes citada prohíben que las entidades vigiladas

---

<sup>31</sup> Ley 1328 de 2009, art. 3º: “Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, los siguientes:

(...) c) Transparencia e información cierta, suficiente y oportuna. Las entidades vigiladas deberán suministrar a los consumidores financieros 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”.

<sup>32</sup> Artículo 11. Prohibición de utilización de cláusulas abusivas en contratos. Se prohíbe las cláusulas o estipulaciones contractuales que se incorporen en los contratos de adhesión que:

a) Prevean o impliquen limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de los consumidores financieros.  
b) Inviertan la carga de la prueba en perjuicio del consumidor financiero.

## **“LAS EXCLUSIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO”**

incluyan en sus contratos cláusulas que puedan perjudicar a los consumidores y en todo caso, que afecte el fin del seguro que es amparar riesgos bajo los esquemas ya establecidos en la Ley.

---

c) Incluyan espacios en blanco, siempre que su diligenciamiento no esté autorizado detalladamente en una carta de instrucciones.

d) Cualquiera otra que limite los derechos de los consumidores financieros y deberes de las entidades vigiladas derivados del contrato, o exonere, atenúe o limite la responsabilidad de dichas entidades, y que puedan ocasionar perjuicios al consumidor financiero.

e) Las demás que establezca de manera previa y general la Superintendencia Financiera de Colombia.

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

Artículo 12. Prácticas abusivas. Se consideran prácticas abusivas por parte de las entidades vigiladas las siguientes:

a) El condicionamiento al consumidor financiero por parte de la entidad vigilada de que este acceda a la adquisición de uno o más productos o servicios que presta directamente o por medio de otras instituciones vigiladas a través de su red de oficinas, o realice inversiones o similares, para el otorgamiento de otro u otros de sus productos y servicios, y que no son necesarias para su natural prestación.

b) El iniciar o renovar un servicio sin solicitud o autorización expresa del consumidor.

c) La inversión de la carga de la prueba en caso de fraudes en contra de consumidor financiero.

d) Las demás que establezca de manera previa y general la Superintendencia Financiera de Colombia.

Parágrafo. Las prácticas abusivas están prohibidas a partir de la entrada en vigencia de la presente norma y serán sancionables conforme lo dispone la Superintendencia Financiera de Colombia y la ley.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, Magistrado Ponente Margarita Cabello Blanco, STC514-2015 Rad: 11001-02-03-000-2015-00036-00 del 29 de enero de 2015
2. Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, Ref.: Exp. 1100131030072009-00629-01 de 10 de septiembre de 2012
3. Referencia: expediente T-250298- Magistrado Ponente Doctor José Gregorio Hernández
4. Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla, ref. exp. 110031-31-03-004-2003—00198-01, noviembre 23 de 2010.
5. Sentencia T-245/14, Exp T- 4.128.903, Magistrado Ponente Mauricio González Cuervo
6. Estatuto Orgánico Financiero, capítulo II
7. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia de 4 de noviembre de 2009, exp. 11001 3103 024 1998 4175 01.
8. Corte Constitucional, Sentencia T-738 de 2011, expediente T-3072198, Magistrado Ponente Mauricio González Cuervo, 29 de septiembre de 2011
9. Sentencia Expediente Nro. 7288, Corte Suprema de Justicia, Magistrado Ponente Silvio Fernando Trejos Bueno, 21 de mayo de 2002
10. Sentencia STC16747-2014, Radicación n.º 11001-02-03-000-2014-02648-00, Corte Suprema de Justicia, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez
11. Juan Pablo Cárdenas Mejía, Tendencias de responsabilidad civil en el siglo XXI, Facultad de Ciencias Jurídicas, Bogotá, 3009.
12. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia exp. 00629-01, 10 septiembre 2012
13. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia T-245 de 2014, abril 2014
14. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia 19 de diciembre de 2008
15. Sentencia 10 febrero 2000, expediente T-250298.
16. Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, Magistrado Ponente Margarita Cabello Blanco, STC514-2015 Rad: 11001-02-03-000-2015-00036-00 del 29 de enero de 2015.
17. Corte Suprema de Justicia sala de casación civil Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez Bogotá, diez (10) de septiembre de dos mil doce (2012). Ref.: Exp. 1100131030072009-00629-01
18. Referencia: expediente T-250298- Magistrado Ponente: Dr. José Gregorio Hernández Galindo Aprobada en Santa Fe de Bogotá, D.C., diez (10) de febrero de dos mil (2000).
19. Referencia: expediente T-2704588. Procedencia: Juzgado Civil del Circuito de Granada, Meta. Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla. Bogotá D.C., veintiuno (21) de octubre de dos mil diez (2010).
20. José Manuel Gual Acosta, Validez de las cláusulas limitativas de responsabilidad y la exoneración y limitación de la responsabilidad contractual, Perú, Advocatus, núm. 8, Universidad de Lima, 2003.
21. Juan Manuel Díaz-Granados, El seguro de responsabilidad civil, Facultad de Jurisprudencia, Bogotá, Centro Editorial Rosarista, 2006.
22. Obdulio Velásquez Posada. Responsabilidad Civil Extracontractual, Bogotá – Colombia, 2009, Editorial Temis S.A.
23. Juan Pablo Cárdenas Mejía, Tendencias de Responsabilidad Civil en el Siglo XXI, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2009. Dike, Biblioteca Jurídica.
24. Efrén Ossa, Teoría general del seguro, El contrato, Segunda edición editorial Temis, capítulo XX.
25. Fernando Palacio Sánchez, Seguros, Temas esenciales, ediciones Ecoe, Universidad de la Sabana, cuarta edición, Bogotá, abril de 2016.
26. Juan Manuel Díaz-Granados, Conferencia Estatuto del Consumidor, marzo 2012
27. Decreto 663 de 1993
28. Información Al Consumidor Financiero, Prácticas Abusivas. Corte Constitucional. Sala Quinta de Revisión. Magistrado Ponente Jorge Iván Palacio Palacio. Sentencia T-136 del 13 de marzo de 2013. Expediente T-3-868.439.
29. Ley 1328 de 2009
30. Código de Comercio, título V.