



Derecho de **Seguros**

Hoyos Zuluaga & Duque
Abogados Consultores

PÓLIZA DE SEGURO NO NECESITA FIRMA DEL TOMADOR PARA SER VÁLIDA

La Corte Suprema de Justicia recordó las bases del contrato de seguro y sus alcances de acuerdo a la normativa vigente. Según el artículo 1036 del Código de Comercio, subrogado por el 1° de la Ley 389 de 1997, el contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, de ahí que para su perfeccionamiento solo se requiere del acuerdo de voluntades entre las partes.

Igualmente, para fines exclusivamente probatorios, el asegurador está obligado a entregar en su original al tomador, dentro de los 15 días siguientes a la fecha de su celebración, el documento contentivo del contrato de seguro. Incluso si se trata de pólizas globales a las que se refiere el artículo 1064 del Código de Comercio, cuando el seguro versa sobre un conjunto de personas debidamente identificadas, es menester la expedición de un certificado individual complementario o que contenga las condiciones generales y particulares que delimiten el riesgo amparado.

Sin embargo, la alta corporación recordó que el documento donde obran las estipulaciones pactadas puede o no tener la firma del tomador, sin que la falta de la misma conlleve a la invalidez del acuerdo o un disentimiento de este con su contenido, ya que por lo general corresponden a formularios pre impresos con un propósito netamente demostrativo de los puntos que fueron conocidos desde un comienzo por los involucrados (M.P. Fernando Giraldo).

Corte Suprema de Justicia, Sentencia 28032016 (05001310300320080003401) Mar. 4/16



FECHA DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL ESTRUCTURA EL SINIESTRO EN SEGURO QUE AMPARA CRÉDITOS

En lo que respecta al amparo de incapacidad total y permanente en el contrato de seguros, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera señaló que pueden presentarse dos escenarios: la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral (PCL) y la fecha de calificación de la misma.

Si dichas fechas son coetáneas, no existirá discusión alguna respecto de la configuración del siniestro. Por el contrario, si difieren entre sí, debe tomarse como referencia la fecha de la calificación, carácter constitutivo, siendo la más beneficiosa para el asegurado.

En el caso bajo análisis, la demandante adquirió un crédito con una entidad bancaria en el 2013, año en el que presentó problemas de salud, que se fueron agravando y conllevaron a una incapacidad permanente, razón por la que uno de sus hijos canceló la totalidad del préstamo en esa misma anualidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se solicitó declarar que tanto la entidad financiera como la aseguradora son contractualmente responsables de reconocer y pagar en favor de los actualmente sucesores procesales de la demandada la indemnización correspondiente al amparo de incapacidad total y permanente, de acuerdo con las condiciones pactadas en el negocio celebrado entre las partes.



Así las cosas, que procedan a la devolución de la suma cancelada, atendiendo que debió ser cubierta en su momento por la entidad aseguradora demandada, con fundamento en el seguro de vida adquirido con el crédito en mención.

La aseguradora objetó el pago bajo el argumento de que para la fecha de diagnóstico de la junta de calificación de invalidez (5 de junio del 2014) no existía saldo a cancelar u obligación alguna reportada a favor de la asegurada.

La entidad financiera presentó excepción de falta de legitimación en la causa por activa para pedir el reembolso, soportada en el hecho de que la demandante no podía perseguir dineros cancelados por su hijo, en la medida en que el asunto solo le compete a este último.

No obstante, aunque pudiera resultar cierta la circunstancia alegada, la superintendencia afirmó que en virtud de la sucesión procesal reconocida el hijo se constituyó como integrante de la parte demandante, por lo que estaba legitimado para adelantar la demanda y obtener un pronunciamiento acerca de la póliza que amparaba la obligación crediticia.

De acuerdo con los hechos, el demandante al momento de realizar el pago del saldo del crédito ante la entidad demandada no informó nada respecto del estado de salud de la titular de la obligación ni indagó sobre la existencia de algún seguro, por lo que mal podría endilgársele a la entidad financiera una actuación omisiva del deber de información, conforme con la Ley 1328 del 2009.

Si bien la entidad aseguradora acreditó que la asegurada estaba incapacitada de manera total y permanente, con fecha de estructuración de la PCL en vigencia del contrato, lo cierto es que tal incapacidad tan solo se configuró, para los efectos del amparo deprecado, hasta la fecha en la que se realizó la calificación, momento para el que ya se había extinguido el contrato de seguro, por lo que se negaron las pretensiones de la demanda.

Superfinanciera, Sentencia 2014-1167, sep. 11/15



CLÁUSULAS Y PRÁCTICAS ABUSIVAS EN EL SISTEMA FINANCIERO

La Superintendencia Financiera identificó 54 cláusulas y 54 prácticas que se califican como abusivas, producto de una segunda revisión que hizo de los contratos que firman los clientes y del desarrollo de las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas.

Esta revisión recae sobre los establecimientos de crédito y se amplía a los productos y servicios de las compañías de seguros.

Las cláusulas y/o prácticas más relevantes identificadas, mediante la Circular Externa 018 del 2016, son las siguientes:

1. Las que limitan el pago anticipado total o parcial de las obligaciones sin que se advierta la posibilidad de elegir si el mayor pago se abona a capital con disminución de plazo o se abona a capital con disminución del valor de la cuota de la obligación.
2. Las que para la terminación del contrato o cancelación de un producto o servicio obliguen al consumidor financiero a cumplir requisitos mayores a los solicitados al momento de la celebración del mismo o que impongan mayores cargas o costos a los legalmente establecidos.
3. Las que permiten descontar de manera anticipada (desde el desembolso) cuotas de créditos.
4. Las que exigen que el consumidor financiero debe efectuar pagos desde la fecha de aprobación de los créditos, aun cuando el desembolso de los mismos se realice con posterioridad a dicha fecha.



5. Las que establecen el cobro del primer paz y salvo por cancelación total de obligaciones de crédito, incluido dentro de las tarifas a cargo de los consumidores financieros bajo la denominación genérica de certificaciones o cualquier otra semejante.

6. Las que eximen a las entidades vigiladas de asumir la responsabilidad por aquellas consignaciones o transferencias que teniendo la posibilidad de verificar previamente con el depositante sobre la correcta titularidad del producto, recibe o ejecuta.

7. Las que omiten informar al tomador que, con ocasión de la revocatoria del seguro de que trata el art. 1071 del Código de Comercio, procede el reintegro de la prima no devengada del seguro, y/o no disponer a favor del consumidor los saldos correspondientes a la devolución de la prima no devengada.

8. Las que utilizan las entidades aseguradoras para exigir documentos que son irrelevantes para realizar la correspondiente indemnización.

9. Las que le permiten a las compañías de seguros revisar las condiciones de asegurabilidad solo al momento del siniestro.

10. Las que daban la posibilidad de realizar prórrogas o renovaciones de productos de manera automática.

Por último, la superintendencia explica que una cláusula o práctica calificada como abusiva significa que se considera como no escrita, por lo tanto no tiene efectos para el consumidor financiero.

“En consecuencia, si cualquier consumidor identifica o detecta que una entidad incluye en los contratos cláusulas o prácticas de las definidas en la norma, no está obligado a cumplirla y en caso de que la entidad insista en aplicarla podrá presentar su reclamación ante la Superfinanciera, para impedir que se siga ejecutando”, puntualiza la norma.

El listado con la totalidad de las cláusulas pueden ser consultadas en la página web de la Superfinanciera, Circular Externa 018, May. 26/16



DEUDOR ASEGURADO ESTÁ LEGITIMADO PARA RECLAMAR CUMPLIMIENTO DE SEGURO

La Sala Civil de la Corte Suprema reiteró que tratándose de seguros de vida grupo deudores el asegurado deudor está facultado para pedirle a la entidad garante el cumplimiento del contrato en favor del beneficiario, esto es, que pague lo que debe y a quien corresponde.

El alto tribunal dejó sin efectos una sentencia que sostuvo que la deudora en un contrato de mutuo no estaba legitimada para efectuar la reclamación del pago ante el acaecimiento del siniestro, por no ser la beneficiaria de la póliza.

Al respecto, la sala concluyó que la peticionaria nunca pretendió asumir la condición de beneficiaria, pues no la ostentaba, por el contrario, pidió el pago de la obligación crediticia sin solicitar para sí el desembolso del valor que le correspondía asumir a la aseguradora.

Según explicó la providencia, la solicitud contaba con todo el respaldo legal y jurisprudencial, pues los intereses de la peticionaria, quien había perdido el 95 % de su capacidad laboral, dependían del cumplimiento de la aseguradora al convenio ajustado, como era salir a cubrir la deuda hipotecaria pendiente ante el surgimiento del hecho imprevisto e incierto (M. P. Margarita Cabello).

(CSJ Sala Civil, Sentencia STC- 13382016 (68001221300020150074601), Feb. 09/16)



ADULTOS MAYORES PODRÁN RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA PRESENTANDO LA CÉDULA

El Ministerio de Salud acaba de modificar la Resolución 1378 del 2015, para señalar que la cédula de ciudadanía podrá ser el instrumento mediante el cual los adultos mayores accedan a una atención oportuna en salud, así como a los demás beneficios.

La reciente norma puntualizó que en ningún caso podrán negarse los servicios de atención por razones administrativas o económicas. La medida obedece a que el documento de identidad que actualmente expide la Registraduría Nacional “es más seguro, y, a juicio de la entidad, puede decirse que cumple con el cometido de la Ley 1091 del 2006”.

Cabe recordar que la cartera de Salud expidió disposiciones relacionadas con la atención en salud para esta población, de forma tal que puedan acceder a una atención preferencial.

Así, por ejemplo, las entidades territoriales, las administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud deberán disponer de ventanillas especiales de atención a esta población, debidamente señalizadas, sin perjuicio que las demás concurren a su atención de manera preferencial.

Advierte que lo previsto aplicará independientemente de que la persona concorra con acompañante. Igualmente, indicó que en donde se atienda a estas personas debe cumplirse con las normas de accesibilidad y seguridad, también se deberán desarrollar estrategias para sensibilizar y capacitar al personal en la atención humanizada de los servicios prestados.

Minsalud, Resolución 0482, 19/02/2016



TERMINACIÓN DE CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN PAGO DE PRIMA OPERA DE PLENO DERECHO

La Sala Civil de la Corte Suprema recordó que a partir de la modificación que el artículo 82 de la Ley 45 de 1990 le introdujo al 1068 del Código de Comercio, la terminación del contrato de seguro que sobreviene como consecuencia de la mora en el pago de la prima opera automáticamente.

En efecto, acaecida la mora en el pago de la prima, absoluta o parcial, el contrato de seguro, entendido como un todo, termina automáticamente y, desde ese mismo momento, el de la mora, deja de producir los efectos que le son propios y que con su celebración buscaron para sí las partes, añadió la sentencia.

Además, para que la terminación se dé, no requiere de una manifestación de voluntad por parte del asegurador, ni de la notificación al tomador y, mucho menos, de sentencia judicial que la declare, pues tal efecto jurídico acaece de pleno derecho, indicó (M.P. Álvaro Fernando García).

(Corte Suprema de Justicia Sala Civil, Sentencia 136282015 (05001310301220060042601), 10/7/2015)

Nota: Fuente Publicaciones Legis S.A.

