



Vigilada Mineducación

**LA OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO**  
**Las objeciones deben ser serias y fundadas**

**DIEGO CASTAÑEDA MORALES**  
**Tesis de Maestría**

**TOMÁS HERNÁN MEJÍA TRIANA**  
**Asesor**

**UNIVERSIDAD EAFIT**  
**MAESTRÍA EN DERECHO**  
**MEDELLÍN**  
**2022**

*A mi hermana Isabel  
que ha iluminado mi camino desde que nací.*

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS: .....</b>	<b>9</b>
1. GENERAL	
2. ESPECÍFICOS	

## **CAPITULO I**

### **EL CONTRATO DE SEGURO: DEFINICIÓN, BUENA FE Y DEBER DE INFORMACIÓN**

Parte I: Definición y partes del contrato de seguro .....	10
Parte II: Del principio de la buena fe en el contrato de seguro .....	14
Parte III: Deber de información derivado del principio de la ubérrima buena fe .....	15
Parte IV: Deber de información del asegurador durante la ejecución del contrato ..	16

## **CAPÍTULO II**

### **EL CONTRATO DE SEGURO COMO RELACIÓN DE CONSUMO: EL CONSUMO DE SEGUROS Y SU REGULACIÓN**

Parte Única .....	20
-------------------	----

## **CAPITULO III**

### **LAS OBJECIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO: DEFINICIÓN, CONTENIDO Y JUSTIFICACIÓN**

Parte I: Definición de objeción .....	23
Parte II: Definición de objeción seria y fundada .....	25

## **CAPITULO IV**

### **LAS OBJECIONES DEBEN SER SERIAS Y FUNDADAS A LA LUZ DEL ESTATUTO DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Y LA BUENA FE CONTRACTUAL**

Parte Única .....28

## **CAPITULO V**

### **VIGILANCIA DEL ESTADO AL CONTRATO DE SEGURO: JURISDICCIÓN Y SANCIONES**

Parte I: Jurisdicción en caso de conflicto referido al contrato de seguro .....38

Parte II: Vigilancia y sanción del Estado a las objeciones que no son serias ni fundadas .....39

**CONCLUSIONES** .....47

**REFERENCIAS** .....49

## RESUMEN

A través de un estudio sistemático de la norma mercantil bajo parámetros descriptivos y prescriptivos, se pretende examinar si las objeciones del asegurador a las reclamaciones directas que se les presenta, deben continuar siendo “*serias*” y “*fundadas*” a la luz del Código de Comercio y el Estatuto del Consumidor Financiero, a pesar de la derogación que hizo la Ley 1564 de 2012 a dichas expresiones consagradas en el enunciado normativo del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio.

Así las cosas, se busca una exposición coherente de las reglas que sistematizan el deber de información contractual, el principio de la buena fe y el deber de vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, para concluir que no es necesario revivir la regla que introdujo el artículo 80 de la Ley 45 de 1990 mediante la cual se cualificaba la fórmula de la objeción, pues la oposición del asegurador siempre debe ser seria y fundada, so pena de pagar la indemnización de forma principal o ser multado de forma subsidiaria.

## PALABRAS CLAVE

1. Contrato de seguro.
2. Deber de información.
3. Objeción seria.
4. Objeción fundada.
5. Buena fe.
6. Consumidor financiero.

## **ABSTRACT**

Through a systematic study of the commercial law under descriptive and prescriptive parameters, this paper aims to examine whether the insurer's objections to the direct claims should continue to be “*serious*” and “*well-founded*” in accordance with the Commerce Code and the Financial Consumer Statute of Colombia, based on the basis that those words were repealed of numeral 3 of article 1053 of the Commerce Code by Law 1564 of 2012.

With which, in the development of the thesis, the reader will find a coherent exposition of the rules that systematize the duty of contractual information, the principle of good faith and the duty of vigilance of the Superintendencia Financiera, to conclude that it is not necessary revive the rule of article 80 of Law 45 of 1990 by which the objection formula was qualified, because the insurer's opposition must always be serious and well-founded, under penalty of paying compensation, primarily, or being fined, subsidiary.

## **KEYWORDS**

1. Insurance contract.
2. Information duty.
3. Serious objection.
4. Founded objection.
5. Good faith.
6. Financial consumer.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se encauza dentro de un análisis sistemático de la norma mercantil interesado en examinar si la objeción realizada por una compañía de seguros en Colombia debe ser seria y fundada a la luz del Código de Comercio, el Estatuto del Consumidor Financiero y el principio de la buena fe. Así, el lector encontrará un examen metódico del contrato de seguro como producto de consumo financiero, el deber de información que de allí nace como consecuencia de la buena fe contractual y el concepto dentro del cual deben enmarcarse las objeciones.

Con esto, nos adentraremos en una reflexión sobre la denominada “*ubérrima buena fe*” durante la ejecución del contrato y su interacción con el deber de información al que se obligan los suscriptores del acuerdo asegurativo, teniendo en cuenta la problemática que originó la derogatoria del enunciado normativo del Código de Comercio mediante la cual se daba contenido a las objeciones, pues a partir de allí, algunas compañías de seguro<sup>1</sup>, se limitaron a negar cobertura de forma pura y simple, trayendo ello como consecuencia que el beneficiario del amparo deba acudir a la jurisdicción.

En efecto, la Ley 45 de 1990<sup>2</sup> de manera novedosa había introducido un parámetro de conducta a la actividad aseguradora, ordenando que las objeciones, en caso de negar cobertura, debían presentarse “*de manera seria y fundada*”, pues de no hacerlo, la póliza por si sola, prestaría mérito ejecutivo.

Lo anterior, implicaba que la oposición al pago del valor asegurado debía ser sincera y motivada, pues el asegurador no podía evadir el cumplimiento de las prestaciones por medio de la exposición de una causa que no tuviera fuerza significativa como argumento de respuesta frente a la reclamación planteada (Agudelo, 2005, p. 43).

Sin embargo, posteriormente, la Ley 1564 de 2012<sup>3</sup> derogó del enunciado normativo dicha alocución, lo que trae consigo el regreso al texto original del Código de Comercio en donde no se calificaba la forma en la cual las compañías de seguros debían objetar el reclamo, lo cual abrió una brecha entre las partes del contrato, pues el enunciado normativo que le daba contenido a un deber de conducta por

---

<sup>1</sup> Ver referencias páginas 35 y 36.

<sup>2</sup> Art. 80. Ley 45 de 1990.

<sup>3</sup> Art. 626, Lit. c. Ley 1564 de 2012.

parte de la compañía de seguros, había sido retirado del ordenamiento jurídico, generando un obstáculo para el entendimiento entre los intervinientes del mercado asegurador como producto financiero.

Por lo tanto, a través de la definición de las objeciones y el estudio de su contenido dentro del Código de Comercio y el Estatuto del Consumidor Financiero, examinaremos si es necesario que la legislación mercantil en Colombia deba regresar a la calificación de las objeciones, tal y como se encontraba antes de la derogatoria de la alocución “*de manera seria y fundada*” o si no es necesaria reforma legislativa alguna, para así desembocar en la vigilancia que de ellas hace la Superintendencia Financiera de Colombia.



## **OBJETIVOS**

### **1. GENERAL:**

Exponer, ordenar y sistematizar a través de las normas que regulan el deber de información contractual, la labor de vigilancia de la Superintendencia Financiera, el principio de la buena fe y la obligación de presentar objeciones serias y fundadas, no obstante, se haya derogado esa expresión del Código de Comercio.

### **2. ESPECIFICOS:**

- Definir el contrato de seguro y las partes que interactúan en él, para, a partir de allí, definir el deber de información del asegurador durante la ejecución del contrato.
- Definir la objeción y el calificativo de seria y fundada establecido a partir de la Ley 45 de 1990, con el fin de darle contenido y una justificación a la razón de ser de objeciones comprensibles y motivadas.
- Sustentar a partir del deber de información derivado del Estatuto del Consumidor Financiero, la obligación actual de la compañía de seguros de emitir objeciones serias y fundadas frente a todas sus reclamaciones, so pena de consecuencias y sanciones.
- Establecer el deber de vigilancia del Estado a las objeciones que no son serias ni fundadas y sus consecuencias.

## CAPITULO I

### EL CONTRATO DE SEGURO: DEFINICIÓN, BUENA FE Y DEBER DE INFORMACIÓN

#### Parte I

#### Definición y partes del contrato de seguro

La norma mercantil en Colombia no define qué es el contrato de seguro, por lo que corresponde a la doctrina y la jurisprudencia darle forma al concepto.

*En efecto, “[n]o define la ley el contrato de seguro. Por considerar, sin duda, que es tarea laboriosa y arriesgada, dada la innegable complejidad de esta institución jurídica, ha preferido hacer caso omiso de ella, librarla al juicio de la doctrina, al ejercicio académico de los expositores (...)” (Ossa, 1991, p. 1).*

Con lo cual, ha sido una labor de la doctrina y la jurisprudencia intentar dar contenido a la noción del contrato de seguro a partir del estudio del Libro Cuarto, Título V del Código de Comercio, en donde se dispone un conjunto de reglas y principios que, unidos, dan forma al concepto.

Así, Ossa (1991), establece:

Es un contrato solemne, bilateral, oneroso y aleatorio (art. 1036), en que intervienen como partes el asegurador, persona jurídica que asume los riesgos (art. 1037, ord. 1º) y el tomador que, obrando por cuenta propia o por cuenta de tercero, traslada los riesgos (arts. 1037, ord. 2º y 1039), cuyos elementos esenciales son (art. 1054) el interés asegurable (arts. 1083 y 1137), el riesgo asegurable (art. 1054), la prima, cuyo pago impone a cargo del tomador (art. 1066) y la obligación condicional del asegurador que se transforma en real con el siniestro (art. 1072) y cuya solución debe aquel

efectuar dentro del plazo legal (art. 1080). Y que, si versa sobre un seguro de daños, no puede constituir para el titular del interés asegurable (asegurado) fuente de enriquecimiento (art. 1088), en tanto que, si concebido para cubrir riesgos personales, el valor del interés asegurado ha de consultar tan solo el arbitrio de las partes (art. 1138). (p. 2)

Ahora, se debe tener en cuenta que cuando el tratadista J. Efrén Ossa G. escribió el texto, no se había promulgado la Ley 389 de 1997 mediante la cual se modificó el artículo 1036 del Código de Comercio, en donde se estableció que el contrato de seguro no se caracteriza por ser solemne sino por ser consensual, lo que trae consigo que baste el acuerdo de las partes para su perfeccionamiento sin solemnidad alguna.

No obstante, el tratadista colombiano ya lo pronosticaba en su escrito desde 1991 cuando dijo; “[t]ambién en Colombia el contrato de seguro debería ser consensual. Así se consulta la movilidad que requieren todas las operaciones comerciales”. (Ossa, 1991, p. 30).

Luego, teniendo en cuenta que en la norma mercantil en Colombia no dice qué es el contrato de seguro, pero si establece cuáles son sus características y elementos esenciales, debemos partir de allí para llegar a una definición.

Es así como de la consensualidad se desprende que el contrato solo se perfecciona cuando hay un acuerdo entre asegurador y tomador libre de cualquier vicio, de la bilateralidad concluimos que ambas partes se obligan a cumplir con un conjunto de obligaciones, principalmente, el asegurador se obliga a asumir un riesgo y responder por la suma asegurada cuando ocurra el siniestro y el tomador tiene la obligación de pagar el precio del acuerdo, a su vez, la onerosidad implica que debe existir un pago del tomador denominado prima para trasladar el riesgo al asegurador, de la aleatoriedad se desprende la incertidumbre si el siniestro va a ocurrir o no y, por último, es de ejecución sucesiva porque las prestaciones no se agotan en un solo momento. (Consejo de Estado. Sentencia de 3 de junio de 2015. C.P. Olga Mélida Valle De La Hoz. p. 12)

Así pues, podemos afirmar que el contrato de seguro es un acuerdo en virtud del cual un asegurador se obliga a asumir un riesgo que le traslada el tomador a cambio del pago de una prima, para que, en caso de concretarse, el asegurador pague la indemnización al asegurado o al beneficiario, en caso de ser diferente de aquel.

En efecto, teniendo en cuenta que dentro de la definición del contrato encontramos la relación entre varios actores dentro del negocio asegurativo, debemos adentrarnos en analizar quienes son cada uno de ellos, con el fin de conocer, a ciencia cierta, cómo interactúan en la relación contractual, a saber:

**El Asegurador:** Es la persona jurídica que, autorizada y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, asume los riesgos a cambio del pago de una prima.

En Colombia, siguiendo la tendencia más generalizada en esta materia en el derecho comparado, el asegurador debe ser una persona jurídica (art. 1037 núm. 1), lo que significa que las personas naturales no pueden ser aseguradoras. Dentro de ese rango, existen tres clases diferentes de personas jurídicas, a saber; las sociedades anónimas, las cooperativas especializadas en seguros y las empresas con patrimonio estatal. (Ordoñez, 2002, p. 54).

Asimismo, adicional a la exigencia relativa a su naturaleza jurídica, es necesario, además, que el asegurador propuesto a asumir riesgos, obtenga un certificado de autorización de la Superintendencia Financiera como requisito indispensable para ejercer dicha actividad.

En consecuencia, inspirado en el bien común, el asegurador es una persona jurídica vigilada por el Estado, con solvencia técnico financiera y con capital adecuado para atender su responsabilidad empresarial de asunción de riesgos y atención de siniestros. (Ossa, 1991, p. 4).

**El Tomador:** Es la persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos al asegurador y paga la prima. En efecto, “(...) *el tomador es el contratante del seguro, es decir, es la persona que concurre con la aseguradora a intercambiar las manifestaciones de voluntad que van a constituir el contrato*”. (Ordoñez, 2002, p. 60).

Así, la conducta que observe el tomador antes y durante la celebración del acuerdo, determinan la validez del contrato, pues deberá cumplir con todos los requisitos de existencia y validez que exige la norma para celebrar negocios jurídicos.

**El Asegurado:** Conceptualmente, es diferente del tomador, aunque coincide comúnmente en la misma persona, por ejemplo, cuando el tomador contrata el seguro para satisfacer un interés propio.

El asegurado es quien puede resultar afectado en su vida o en su patrimonio por la realización de un riesgo, es quien, ocurrido el siniestro, adquiere el derecho a la indemnización con arreglo a las estipulaciones del contrato, es decir, a quien corresponde el derecho a la prestación asegurada, por lo que es a quien corresponde acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida. (Ossa, 1991, p.p. 9 y 11).

Así, la conducta que observe el asegurado al momento de presentar la reclamación como titular del interés asegurable, será de toda la importancia al momento de analizar el acaecimiento del siniestro y la cuantía de la indemnización.

**El Beneficiario:** Es quien ha de percibir la prestación asegurada en caso de siniestro. (Ossa, 1991, p. 13). Conceptualmente, es diferente del tomador y el asegurado, aunque coincide comúnmente en la misma persona.

En otras palabras, es la persona natural o jurídica que recibirá la indemnización a cargo del asegurador una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida conforme a lo establecido en el contrato o la ley.

En resumen, se puede anticipar que los principales involucrados en el ejercicio del deber de información durante la ejecución del contrato serán; el asegurador quien acaecido el siniestro tiene el deber de pagar la indemnización o de objetarla de ser el caso, y el beneficiario, quien tiene el derecho de percibir la prestación asegurada o comprender la objeción al pago, respectivamente.

## **Parte II**

### **Del principio de la buena fe en el contrato de seguro**

La legislación en Colombia no define qué es la buena fe contractual porque las direcciones en que se la entiende no permiten elaborar sobre ella, al estilo del diccionario, una proposición que exponga con claridad y exactitud sus caracteres genéricos y diferenciales (Parra, 2011, p. 95), por lo que ha sido labor de la doctrina y la jurisprudencia darle contenido a partir del artículo 871 del Código de Comercio, mediante el cual se instituye que 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.

Valga la pena resaltar en este punto, que esta regla tiene su gemela en el Código Civil y Comercial Argentino, pues, conforme a su artículo 961 de su homólogo normativo en el sur del continente, los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe. Obligan no sólo a lo que está formalmente expresado, sino a todas las consecuencias que puedan considerarse comprendidas en ellos, con los alcances en que razonablemente se habría obligado un contratante cuidadoso y previsor.

Es decir, la buena fe es una regla que permea los contratos mediante la cual se establecen unos parámetros de conducta en la ejecución de los acuerdos, con el fin de equilibrar lo escrito con la real voluntad de las partes. Así, la buena fe contractual significa cumplir el acuerdo con entera lealtad, con intención recta y positiva, para que así pueda realizarse cabal y satisfactoriamente la finalidad social y privada a que obedece su celebración. (Ospina, 2009, p. 321)

Con lo cual, en consecuencia, se puede entender entonces la buena fe en el contrato de seguro, como la serie de conductas de recíproca lealtad que se deben tanto asegurador, tomador, asegurado y beneficiario, mediante las cuales se comprende el clausulado del contrato, los instrumentos que documentan la extensión del riesgo a trasladar, el monto de la prima a pagar, las obligaciones que permean el negocio y, en general, el intercambio de toda la información clara y veraz que va a demarcar el acuerdo.

De suerte que, como resultado del postulado de la buena fe contractual, tanto las partes que suscriben el acuerdo, como el Estado en caso de intervenir su ejecución, deben consultar no solo la intención real de los contratantes, sino también las normas y obligaciones propias de la naturaleza del negocio, así como las costumbres jurídicas y los dictados de la equidad, para fijar así el verdadero contenido de dicho acto y de las obligaciones resultantes. (Ospina, 2009, p.323)

En últimas, la buena fe en el contrato de seguro significa que las partes intervinientes tienen el deber de actuar con seriedad y lealtad, teniendo en cuenta que la formación y ejecución del acuerdo asegurativo, en esencia, se construye con la información que intercambian una y otra, así, teniendo en cuenta la especial alineación de este negocio jurídico basado en el deber de información, se ha entendido que no solo debe ejecutarse de buena fe, sino con ubérrima buena fe.

### **Parte III**

#### **Deber de información derivado del principio de la ubérrima buena fe**

En efecto, como si fuera una especie de la buena fe contractual, se menciona la ubérrima buena fe en el derecho de los seguros, en el que se afirma que dicho concepto tiene una connotación más estricta, con lo cual, si en los contratos en general se exige la buena fe, en el seguro la exigencia es máxima. (Parra, 2011, p. 139)

Por lo tanto, si la buena fe significa actuar con honradez, lealtad y probidad, la ubérrima buena fe significa llevar esas conductas a un nivel de diligencia máximo, generando una mutua conciencia de solidarismo, hasta el punto de concebir que, si uno de los contratantes cae hacia atrás, el otro lo detendrá.

Así, tradicionalmente, el contrato de seguro ha sido señalado como un contrato especial de buena fe, mediante la cual no solo se indica la manera como debe interpretarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino que incluso compromete la eficacia misma del acuerdo. (Ordoñez, 2001, p. 103)

Obsérvese, por ejemplo, el artículo 1091 del Código de Comercio mediante el cual se regula el sobreseguro, pues conforme a este canon, la sanción dependerá si hay o no *“intención manifiesta de defraudar al asegurador”*, igualmente, en el artículo

1092 del mismo código, en caso de coexistencia de seguros, dice que no habrá nulidad en la suscripción de cada uno de los acuerdos, *“siempre que el asegurado haya actuado de buena fe”*, pues, por el contrario, *“la mala fe en la contratación de éstos produce nulidad”*, es decir, la ubérrima buena fe el contrato de seguro exige una honradez tal, que no solo funge como parámetro de conducta, sino que, incluso, compromete la eficacia misma del acuerdo.

Con lo cual, si el asegurador, tomador, asegurado y beneficiario deben honrar el acuerdo con un máximo de lealtad, tanto en el traslado del riesgo como en la delimitación del contrato y su ejecución, la información que se intercambia debe caracterizarse, igualmente, por su rectitud y probidad, teniendo en cuenta que, una de las partes busca satisfacer una necesidad y la otra es profesional en el negocio.

#### **Parte IV**

##### **Deber de información del asegurador durante la ejecución del contrato**

Así pues, teniendo en cuenta que en el contrato de seguro va envuelto el traslado de un riesgo, resulta de la esencia del negocio que, entre asegurador y tomador, asegurado o beneficiario, se dé un intercambio de información de la manera más sincera y leal posible.

Por ello, es que el contrato de seguro es calificado como de ubérrima buena fe, pues para la eficacia de sus efectos, se requiere un estricto apego a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial. (Corte Constitucional. Sentencia T 240 de 2016. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, p.27).

Esto es, no solo la buena fe, sino la ubérrima buena fe, debe ser pilar esencial del contrato de seguro, pues la estructura del acuerdo se basa en la información que honradamente intercambian una y otra. Así, si bien se trata de un negocio jurídico principalmente de adhesión, la información que se brindan los contratantes merece la especial atención del Estado.

En efecto, *“[e]l asegurador se halla hasta cierto punto y particularmente en lo que atañe a la declaración del riesgo y a la prevención del siniestro, “a merced del asegurado” quien, objeto de tal grado de confianza, debe comportarse con absoluta lealtad.*



*Pero a esta misma lealtad debe corresponder el asegurador en la concepción de la póliza y en la ejecución del contrato, evitando cláusulas lesivas para el asegurado o simplemente obscuras e incompatibles con “la exquisita observancia de la buena fe (...)” (Ossa, 1991, p. 45).*

En el mismo sentido, Sánchez Guerrero (2014), afirma:

El deber de información, referido especialmente a consumidores de servicios, está consagrado constitucionalmente y comprende, por una parte, el derecho a recibir información veraz y, por otra, la misión que tiene la ley de controlar la información brindada en la comercialización de servicios ofrecidos a consumidores (C. N., arts. 20, 78<sup>4</sup>). En este sentido y considerando que la actividad aseguradora está definida como de interés público en la Constitución Política de 1991, la Corte Constitucional se ha basado en la función social de esta para enfatizar, en reiteradas ocasiones, la protección especial que requiere el consumidor de seguros. (p. 20)

Así pues, podemos comprometernos a concluir que el deber de información es una obligación que corresponde a los contratantes que cimienta sus bases en la ubérrima buena fe, en donde tanto el experto en el negocio, como quien no lo es, conocen a ciencia cierta con un lenguaje claro los matices del acuerdo.

Esto es, no obstante, a partir de la derogatoria de la locución “*de manera seria y fundada*” del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, no existe un enunciado normativo que le dé contenido el deber de información que tiene el asegurador con el tomador al momento de objetar la reclamación, lo cierto es que, a partir de un análisis sistemático de la norma mercantil, el deber de información cierta, suficiente y oportuna es un principio base del ordenamiento jurídico

---

<sup>4</sup> Artículo 78. La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

cimentado sobre la buena fe. En efecto, si se analizan las normas que regulan este contrato, se encuentra fácilmente que en ellas se hace, con muchísima frecuencia y con mucha mayor intensidad que respecto de otros contratos, alusión a la buena fe de las partes. (Ordoñez, 2002, p. 103)

Por lo tanto, al asegurador le resulta exigible una carga de información, referida a dotar al tomador de la póliza de todos los datos necesarios para que, al momento de celebrar el negocio, lo haga desde una base de consentimiento informado. La carga de información implica que esta sea veraz y completa, de tal suerte que se evite inducir a error al usuario del servicio. Debido a las dificultades que puede representar la complejidad de la documentación referida al contrato de seguro para el tomador, es deber de la aseguradora explicarle a este último cualquier situación que el mismo no comprenda e incluso aquellas cuestiones que, por su propia naturaleza, pueden resultar confusas para el particular. (Corte Constitucional. Sentencia T-316 de 22 de mayo de 2015. M.P. Maria Victoria Calle Correa)

Ciertamente, el contrato de seguro no debe ser un acuerdo vacío de efectividad en donde asegurador y tomador solo coincidan al momento de la suscripción de la póliza y el pago de la prima, todo lo contrario, ambos se deben un mutuo deber de colaboración presidido por la buena fe contractual, para que la administración de los riesgos a través de compañías aseguradoras sea realmente útil. Así, tanto asegurador, como tomador, asegurado y beneficiario, se deben un recíproco deber de información eliminando cualquier estrategia que haga inútil el acuerdo.

Así las cosas, el deber de información no se agota en la etapa precontractual, todo lo contrario, cobra mayor vigencia durante la ejecución del acuerdo teniendo en cuenta que la buena fe es un principio general e informador del derecho que establece un patrón jurídico sobre todo en el campo de la hermenéutica de los contratos, mediante el cual no solo se exige una confianza subjetiva, sino también una probidad y lealtad como regla objetiva y orientadora del comportamiento al momento de ejecutar el acuerdo. Lo anterior, se proyecta no solo en la esfera precontractual sino también en la contractual, en procura de la satisfacción y salvaguarda del interés ajeno, a través de información clara y precisa tanto del tomador hacia el asegurador, como del asegurador hacia el tomador. (Corte Suprema de Justicia. Sentencia de 2 de agosto de 2001. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. p.p. 15 y 16).

Por último, no se puede perder de vista el lugar donde está ubicada la norma, pues el artículo 1053 del Código de Comercio regula los escenarios en los cuales la póliza presta mérito ejecutivo, no reglamenta, en sí, la información que debe entregar el asegurador a tomador, asegurado o beneficiario durante la ejecución del acuerdo, con lo cual, vale la pena anticipar que la objeción seria y fundada de una reclamación no nace del deber de cumplir con los dictados del ya citado artículo 1053, sino que sienta sus bases en el principio de la buena fe y el deber de información establecido en el Código de Comercio y el Estatuto del Consumidor Financiero teniendo en cuenta que se trata de una relación de consumo.

## **CAPÍTULO II**

### **EL CONTRATO DE SEGURO COMO RELACIÓN DE CONSUMO: EL CONSUMO DE SEGUROS Y SU REGULACIÓN**

#### **Parte Única**

Teniendo en cuenta que las obligaciones objeto de estudio se basan en el contrato de seguro, y que conforme al artículo 78 de la Constitución Política se debe regular la información que se suministra al público en la comercialización de bienes y servicios, resulta de capital importancia articular dichas obligaciones con la Ley 1328 de 2009, mediante la cual se funda el Estatuto del Consumidor Financiero y, en particular, se dictan normas en materia de seguros.

Ciertamente, el contrato bajo examen se basa en relaciones de consumo, pues conforme al objeto y ámbito de aplicación del denominado Estatuto del Consumidor Financiero, por su conducto, se establecen los principios y reglas que rigen la protección de los consumidores en el mercado asegurador vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia, con lo cual, la Ley 1328 de 2009 es norma especial y aplica prevalentemente en materia de protección al consumidor de seguros. (Sanchez, 2014, p. 25).

Así las cosas, si bien el contrato de seguro, como acuerdo mercantil típico, está regulado principalmente en el Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio, los vacíos normativos que se encuentren dentro del análisis de la norma deben completarse con los dictados del Estatuto del Consumidor Financiero, pues es el régimen que armoniza el contenido de las obligaciones que nacen de la suscripción de pólizas de seguro como relación de consumo financiero.

En efecto, es probable que ninguna norma, individualmente considerada, haya introducido tantas disposiciones en materia de información al consumidor como la reforma financiera y de seguros adoptada mediante la Ley 1328 de 2009, pues esta norma instituyó como principios orientadores, entre otros, la transparencia e información cierta, suficiente y oportuna a consumidores financieros. (Sanchez, 2014, p. 20).

En otras palabras, además del Código de Comercio, la actividad aseguradora se encuentra regulada en el Estatuto del Consumidor Financiero, pues de allí se desprende, más concretamente, el deber de información durante la ejecución del contrato de seguro.

Sobre el particular, en la norma en cita encontramos las siguientes reglas:

1. Conforme al artículo 3, literal c, como principio orientador, el asegurador debe suministrar al tomador, asegurado y beneficiario información cierta, suficiente, clara y oportuna.
2. Conforme al artículo 5, literal b, el tomador, asegurado y beneficiario, tiene derecho a mantener a su disposición información transparente, clara, veraz, oportuna y verificable, sobre las características propias del contrato de seguro.
3. Conforme al artículo 7, literal c, es obligación del asegurador suministrar información comprensible, clara, veraz y oportuna acerca de sus productos y servicios.
4. Conforme al artículo 9, es obligación del asegurador entregar toda la información que estime conveniente para que el beneficiario comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio.

En el mismo sentido, conforme a la Circular Externa 038 del 6 de septiembre de 2011 emitida por la Superintendencia Financiera, sobre el deber de información establece que la información divulgada o suministrada por las entidades vigiladas deberá ser cierta, suficiente y corresponder a lo ofrecido o previamente publicitado, ser clara y comprensible, ser divulgada o suministrada oportunamente, encontrarse vigente al momento en que se suministre o divulgue, indicándose el tiempo de vigencia y la fecha de la última actualización y ser entregada o estar permanentemente disponible para los consumidores financieros, como mínimo en los sitios web de las entidades vigiladas y en sus oficinas. (Superintendencia Financiera, 2011, Numeral 9).

Con lo cual, si bien a partir de la derogatoria de la locución “*de manera seria y fundada*”, en el Código de Comercio no existe un enunciado normativo que le dé contenido a dicho deber de información, el lector puede advertir que en la Ley 1328 de 2009 si se encuentra regulada de manera expresa esta obligación a través de todo el *iter* contractual entendido como una relación de consumo financiero, lo cual se armoniza, a su vez, con los cimientos del principio de la buena fe.

Con todo, allanado así el camino, podemos analizar cuál debe ser el contenido de las objeciones del asegurador, en caso de negar cobertura al amparo reclamado por el beneficiario, en concierto con los mandatos del Código de Comercio, el Estatuto del Consumidor Financiero y el precepto de la buena fe contractual.

## CAPITULO III

### LAS OBJECIONES EN EL CONTRATO DE SEGURO: DEFINICIÓN, CONTENIDO Y JUSTIFICACIÓN

#### Parte I Definición de objeción

Conforme a la Real Academia Española (2022), objetar es oponerse a las razones que justifican un argumento, es rechazar lo dicho por otra persona. Así, en el contrato de seguro, podemos señalar que objetar el pago del valor asegurado es oponerse a las razones que justifican el reclamo.

Ahora, teniendo claros los roles de las partes dentro del contrato de seguro, se puede concluir que quien presenta la reclamación, principalmente, será el beneficiario, y quien podrá objetarla será el asegurador

En efecto, “[l]as objeciones en el contrato de seguro, son aquellas razones que tiene la aseguradora para negarse al pago de la indemnización, luego de que se le ha informado la ocurrencia del siniestro. Estas objeciones deben ser debidamente formuladas, y deberán ser serias y fundadas, pues la sola objeción no enerva el derecho a ser indemnizado del asegurado”. (Consejo de Estado. Sentencia 3 de junio de 2015. C.P. Olga Mélida Valle De La Hoz)

Las exclusiones, así entendidas, son manifestación de la carga que tiene el asegurador de demostrar las razones excluyentes de su responsabilidad, así como de la carga de demostrar, en general, cualquier circunstancia que constituya una negativa total o parcial del derecho del asegurado para ser indemnizado, todo ello en desarrollo del principio general de que quien excepciona hace las veces de actor. (Ordoñez, 2002, p. 118).

Ahora, vale la pena aclarar que no se exige del asegurador una justificación extensa, pues lo extenso del documento no es sinónimo de claridad y completitud, lo que se exige es una explicación en un lenguaje común que, aunque corta, resalte las bases de la oposición con la finalidad que el asegurado comprenda por qué no recibirá el pago del valor asegurado. Sobre este particular, el tratadista colombiano Hernán Fabio López Blanco, indica:

Es importante advertir que la objeción a una reclamación no debe ser una negativa pura y simple, sin fundamentación alguna, sino motivada, en la cual se expliquen debidamente sustentadas las razones que tiene la aseguradora para no pagar; es decir, debe ser una objeción seria. Si una aseguradora se limita a rechazar una reclamación sin indicar las razones, los motivos que tiene para no pagar (por ejemplo, cuando dice simplemente que el hecho ocurrido no está amparado), tal declaración no tiene efectos extintivos de la acción ejecutiva. Aceptar lo contrario implicaría otorgar a la aseguradora un poder omnímodo para evitar la acción ejecutiva, pues en este orden de ideas, para enervarla le bastaría decir “no pago”, y eso no lo ha querido el legislador. (como se citó en Consejo de Estado. Sentencia 3 de junio de 2015. C.P. Olga Mérida Valle De La Hoz, p. 22)

Sobre este punto, en Argentina, a través de la Ley de Seguros No. 17418, se establece la obligación del asegurador de pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista en los párrafos 2º y 3º del artículo 46. La omisión de pronunciarse importa aceptación. (Ley de Seguros No. 17418, 1967, Artículo 56)

En efecto, nada dice la norma argentina sobre el contenido del pronunciamiento del asegurador, sin embargo, la Ley No. 26994 por el cual se aprueba el nuevo Código Civil y Comercial Argentino, ordena al proveedor a suministrar información al consumidor en forma cierta y detallada, respecto de todo lo relacionado con las características esenciales de los bienes y servicios que provee, las condiciones de su comercialización y toda otra circunstancia relevante para el contrato. La información debe ser siempre gratuita para el consumidor y proporcionada con la claridad necesaria que permita su comprensión. (Ley No. 26994, 2014, Artículo 1100)



Esto es, tanto en Colombia a través del Estatuto del Consumidor Financiero, como en Argentina en el Código Civil y Comercial, mediante un análisis de derecho comparado, encontramos que el deber de información es pilar fundamental en los negocios mercantiles atendiendo a los dictados de la buena fe, con lo cual, la objeción elaborada por el asegurador podrá nacer del contrato, la jurisprudencia, la ley o, en general, de cualquier fuente de derecho, lo importante es que dicha oposición sustente, clara e inequívocamente, la causa que exonera al asegurador del pago de la indemnización una vez acaecido el siniestro.

## **Parte II**

### **Definición de objeción seria y fundada**

Se habla de objeción seria y fundada a partir de la promulgación de la Ley 45 de 1990, mediante el cual se reformó el Código de Comercio, pues de manera novedosa, incluyó este calificativo a la oposición del asegurador al pago de la indemnización una vez sucedido el siniestro. En efecto, el texto original del Código de Comercio -Decreto 410 de 1971- sobre la objeción ningún calificativo incluyó, a saber:

**ARTÍCULO 1053.** La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:

(...) 3°. Transcurridos sesenta días contados a partir de aquel en que el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que según la póliza sean indispensables, sin que dicha reclamación sea objetada.

Esto es, el texto original de la norma no estableció ningún calificativo especial a la obligación del asegurador de objetar la reclamación de ser el caso. Sin embargo, posteriormente, la Ley 45 de 1990, frente a la objeción, subrogó el numeral 3 del artículo 1053, así:

**ARTÍCULO 1053.** <Artículo subrogado por el artículo 80 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, en los siguientes casos:

(...) 3) Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada. Si la reclamación no hubiere sido objetada, el demandante deberá manifestar tal circunstancia en la demanda.

Es decir, el legislador modificó el texto original de la norma estableciendo una calificación cualitativa a la obligación del asegurador de objetar el reclamo, esto es, la oposición debe ser seria y fundada.

Vale la pena resaltar en este punto, que el artículo 29 de la misma Ley 45 del 90, instituyó como principio base de la norma mercantil, la tutela efectiva de *“los derechos de los tomadores, de los asegurados y crear condiciones apropiadas para el desarrollo del mercado asegurador (...)”*<sup>5</sup>, con lo cual, dicha Ley no solo calificó la forma en la cual debían dirigirse las objeciones, sino que además, fundó como principio orientador la creación de escenarios adecuados para el ejercicio de los derechos de tomadores, asegurados y beneficiarios, como lo es, recibir información clara y oportuna durante la ejecución del contrato.

Esto es, conforme a los artículos en cita de la Ley 45 del 90, al presentarse las objeciones no puede permitirse que el asegurador evada el cumplimiento de las prestaciones por medio de la exposición de una causa que no tenga fuerza

---

<sup>5</sup> Este principio se reitera en los artículos 38 y 46 del Decreto Ley 663 de 1993.

significativa como argumento de respuesta frente a la reclamación planteada (Agudelo, 2005, p. 43), por lo que resulta necesario analizar el concepto de objeción seria y fundada a la luz del Estatuto del Consumidor Financiero y la buena fe contractual.

## CAPITULO IV

### LAS OBJECIONES DEBEN SER SERIAS Y FUNDADAS A LA LUZ DEL ESTATUTO DEL CONSUMIDOR FINANCIERO Y LA BUENA FE CONTRACTUAL

#### Parte Única

Teniendo en cuenta que hasta este punto hemos estudiado el contrato de seguro como producto de consumo financiero, el deber de información que de allí nace como consecuencia de la ubérrima buena fe en la ejecución del acuerdo y el concepto dentro del cual deben enmarcarse las objeciones, pasaremos a examinar si la problemática que originó la derogatoria del enunciado normativo del Código de Comercio mediante la cual se daba contenido a las objeciones es real o aparente.

En efecto, el artículo 80 de la Ley 45 de 1990, de manera innovadora, introdujo un gravamen a la conducta a las compañías de seguros, ordenando que las objeciones, en caso de negar cobertura, debían presentarse “*de manera seria y fundada*”, pues de no hacerlo, la póliza por si sola, prestaría mérito ejecutivo. Posteriormente, la Ley 1564 de 2012, por medio de la cual se expide el Código General del Proceso, derogó del numeral 3 del artículo 1053 las expresiones; “*según las condiciones de la correspondiente póliza*” y “*de manera seria y fundada*”.

Así, teniendo en cuenta esta derogatoria, debe analizarse si la objeción realizada por una compañía de seguros en Colombia debe ser seria y fundada a la luz del Código de Comercio y el Estatuto del Consumidor Financiero.

Sobre el particular, el Consejo de Estado mediante sentencia de 3 de junio de 2015. C.P. Olga Mélida Valle De La Hoz, dejó dicho:

Es recomendable por lo tanto que en la objeción el asegurador señale con precisión las razones fácticas y los soportes jurídicos que llevaron a denegar el pago, a no cumplir con su promesa de pagar el siniestro en caso de que éste sucediera. La manifestación llana “debemos declinar el pago porque el

conductor se encontraba en estado de embriaguez”, estaría falta de los mencionados soportes fácticos y jurídicos, no sería seria ni fundada; distinto expresar en la objeción que se aportaron pruebas que demuestran el estado de embriaguez, en determinado grado, por parte del conductor, y que conforme a la exclusión señalada en determinada cláusula de la póliza, la aseguradora se ve obligada a formular objeción a la reclamación presentada.

(p. 23)

Ahora, hay que resaltar que el deber del asegurador de *“demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”* regulado en el artículo 1077, no ha sido subrogado ni derogado desde el texto original del Código de Comercio - Decreto 410 de 1971-.

Es decir, si bien del artículo 1053 del Código de Comercio se derogaron los vocablos seria y fundada, no debe perderse de vista que la obligación del asegurador de demostrar las circunstancias excluyentes de su responsabilidad, nace de una regla codificada en Colombia desde aproximadamente 150 años, pues conforme a la Ley 84 de 1873 mediante la cual se expidió el Código Civil de los Estados Unidos de Colombia, en su artículo 1757 decía; *“Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”*, esto es, no se trata de una obligación que nació con la Ley 45 de 1990 o el Código de Comercio, sino desde los propios albores del Código Civil Colombiano con más de 100 años de antigüedad.

Por lo anterior, no se comparte la posición de Ordoñez (2002) cuando afirma que *“[t]oda objeción supone que el asegurador debe estar en posibilidad eventual de probar sus fundamentos, en el caso de que el asegurado insista judicialmente en su reclamo. (p. 118)*, pues esto sería tanto como afirmar que realizar una objeción que no fuera seria ni fundada estaría acorde al ordenamiento jurídico, como quiera que siempre estará el proceso judicial para acreditar las razones de la oposición, esto es, no se participa de la posición del tratadista colombiano pues la prueba debe allegarse al momento del reclamo y no en un proceso judicial, como si se tratara de una perspicaz estrategia jurídica.

No cabe duda que el asegurador debe ser claro y transparente en el lenguaje que utiliza durante la relación contractual, pues teniendo en cuenta que solo uno de los contratantes es experto en el negocio mercantil, utilizar ambigüedades y omitir información al momento de objetar el reclamo, genera un desequilibrio que va en contravía del deber de información y la buena fe contractual, porque si pensamos en el contrato de seguro como un producto del cual buscamos satisfacer una necesidad, la primera idea que se nos viene a la cabeza es que como mínimo ese producto debe ser útil y eficiente.

En consecuencia, si bien se está de acuerdo que el artículo 626 Código General del Proceso haya derogado la expresión “*de manera seria y fundada*” del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, pues acudir a un proceso ejecutivo resultaba en el fondo más perjudicial para el asegurador, el beneficiario y el juez ejecutivo, no se comparte que ello sea motivo suficiente para elaborar escuetas objeciones sin un fundamento serio y fundado, especialmente cuando dichas características con las que se debe emitir la objeción, aún permanecen con mayor ahínco y solidez, por una parte, por el principio de la ubérrima buena fe que guía el contrato de seguro del cual hace parte; y por otra, con base en los lineamientos claramente establecidos en la Ley 1328 de 2009 propios del deber de información.

Así, teniendo en cuenta el deber de información, el principio de la buena fe, mismo que se encuentra regulado en el artículo 871 del Código de Comercio<sup>6</sup>, la Ley 1398 de 2009, la jurisprudencia y la doctrina en cita, las palabras “*Seria*” y “*Fundada*” en el marco de la objeción que realiza el asegurador al beneficiario, se propone las siguientes definiciones así:

1. **Información:** Conforme a la Real Academia Española (2022), información significa, en lo que concierne al estudio, “[c]omunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada”.
2. **Buena fe:** Conforme a la Real Academia Española (2022), buena fe, significa “[e]n las relaciones bilaterales, comportamiento adecuado a las expectativas de la otra parte”.

---

<sup>6</sup> ARTÍCULO 871. <PRINCIPIO DE BUENA FE>. 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.

3. **Seria:** Conforme a la Real Academia Española (2022), serio o seria, del latín *serius*, es un adjetivo que significa, en lo que concierne al estudio, “[r]eal, verdadero y sincero, sin engaño o burla, doblez o disimulo”.
4. **Fundada:** Conforme a la Real Academia Española (2022), fundar, del latín *fundāre*, es un verbo que significa, en lo que concierne al estudio, “[a]poyar algo con motivos y razones eficaces o con discursos.”

Con lo cual, atendiendo al significado de los cuatro vocablos dentro del lenguaje castellano, una objeción seria y fundada, en armonía con el deber de información y el principio de la buena fe, es una oposición sincera y motivada de la indemnización que se caracteriza por su eficacia, oportunidad y suficiencia. Sobre este particular, Pérez (2016), resalta:

Los agentes toman decisiones esperando obtener el máximo de beneficio y utilidad motivados por su racionalidad, que entre otras cosas se traduce en el grado de eficiencia de estas. Teniendo esto claro, podrá dilucidarse de una mejor manera el papel de la eficiencia en el campo de los contratos y más específicamente en lo atinente al solidarismo contractual. (p. 13).

Esto es, teniendo en cuenta que el seguro se erige como un acuerdo de ubérrima buena fe de traslado de riesgos del cual tomador, asegurado y beneficiario buscan satisfacer una necesidad en caso de siniestro, como mínimo, la ejecución de las obligaciones durante el contrato debe ser útiles y eficientes.

En efecto, las cláusulas del contrato de seguro deben obedecer a la buena fe y, por consiguiente, se deben redactar con claridad, sin vacíos ni ambigüedades, so pena de que las consecuencias negativas derivadas del incumplimiento de este deber sean asumidas por quien las estipuló. (Corte Constitucional. Sentencia de 29 de septiembre de 2017, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, p. 35)

En otras palabras, la justificación de presentar objeciones serias y fundadas encuentra su razón de ser en el principio básico de la buena fe dentro del

ordenamiento jurídico, pues la negativa a indemnizar al beneficiario sin fundamento serio y fundado, no se adecúa con las normas que regulan el deber de información contractual, por las siguientes razones que se proponen:

1. *Porque hace ineficiente al contrato de seguro:* Los términos de respuesta y pago por parte de las aseguradoras deben ser cortos por política legislativa. Obsérvese que el texto original del Código de Comercio en su artículo 1080 ordenaba que el pago de la indemnización se efectuara 60 días después de acreditado el derecho por parte del asegurado.

Actualmente, con la reforma de la Ley 45 de 1990, este plazo se redujo a un mes después de acreditado el derecho por parte del asegurado, esto es, la reforma legislativa propende por un término de respuesta más corto. Inclusive, para ahondar en el argumento, el plazo en la Legislación Argentina es de 15 días conforme al artículo 49 de la Ley No. 17.418.

Con lo cual, objeciones sin fundamento serio y fundado que obliguen a presentar una demanda, son ineficientes dentro del ordenamiento jurídico conforme al espíritu mismo de la norma y el derecho comparado.

2. *Porque aumentan los costos de transacción en el contrato:* La reclamación del amparo asegurado no debe tener implícitos costos judiciales, pues conforme al artículo 1077 del Código de Comercio, debe bastar con la prueba de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

Con lo cual, objeciones que no son serias ni fundadas, llevarán a un procedimiento jurisdiccional que implicará honorarios y el transcurso del tiempo, elevando considerablemente los costos de transacción en el contrato.

3. *Porque fomentan la desconfianza en el mercado asegurador:* Por último, realizar objeciones sin brindar una explicación clara al asegurado, solo fomenta la desconfianza en la suscripción de pólizas de seguro, pues no recibe las razones oportunas y suficientes para comprender qué es lo que sucede conforme al artículo 78 de la Constitución Nacional y al artículo 871 del Código de Comercio, solo hace que los riesgos a los que esté sometido no se afiancen con una compañía de seguros.



Por estas razones, la objeción seria y fundada de una reclamación, o su indemnización en tiempo oportuno, no nace del deber de cumplir con los dictados del artículo 1053 del Código de Comercio, sino que encuentra su justificación en el principio de la buena fe y el deber de información establecido en el Código de Comercio y el Estatuto del Consumidor Financiero.

Por todo lo anterior, sin lugar a dudas, toda objeción del asegurador debe ser “*seria*” y “*fundada*” y, como mínimo, debe contener lo siguiente:

1. Información clara en donde se ubica la cláusula del contrato que justifica la razón de la oposición.
2. Anexo junto con la objeción, el clausulado particular y general aplicable determinando en donde se encuentra ubicada por escrito la razón de la oposición.
3. Anexo junto con la objeción, la constancia de entrega del clausulado particular y general que justifica la razón de la oposición.
4. En caso de objetar la reclamación por una exclusión, una explicación de manera suficiente y comprensible por qué es aplicable al caso concreto.
5. En caso de objetar la reclamación por falta de prueba, una explicación suficiente y comprensible, de cuáles son los documentos conducentes e idóneos necesarios para acceder al reclamo.
6. En caso de objetar la reclamación por falta de vigencia, una explicación de manera suficiente, a partir de qué momento terminó el acuerdo y las razones del vencimiento de la vigencia.
7. En caso de objetar la reclamación por prescripción, una explicación de manera suficiente, cuál es el sistema de cobertura, a partir de qué fecha prescribió el derecho y por qué.

8. En caso de objetar la reclamación por el incumplimiento de una garantía, una explicación suficiente, de cuáles son los documentos conducentes e idóneos para acreditar el cumplimiento o no de la garantía.
9. No debe ser un documento extenso, tampoco exiguo, debe ser un documento claro y verificable, pues lo extenso del documento no es sinónimo de serio y fundado.
10. En caso de utilizar lenguaje técnico, anexo dentro del documento, un glosario de definiciones que le den contenido a las palabras que fundamentan la objeción al pago.

De esta manera, el asegurador no debe, bajo ningún entendido, objetar una reclamación sin motivar las razones que lo llevan a esa conclusión, como si ello se tratara de un hecho notorio o una negación indefinida que conforme al artículo 167 del Código General del Proceso están exentos de prueba.

En efecto, no es un hecho notorio porque la objeción no es una circunstancia conocida por el común de las personas en la ciudad o el país, como si lo es, por ejemplo, una contingencia sanitaria y, tampoco es una negación indefinida, porque la objeción no tiene una imposibilidad probatoria por su indefinición en el tiempo, como si lo es, por ejemplo, que el asegurador afirme que nunca suscribió el contrato de seguro con el tomador, pues exigir una prueba de dicha negativa, es un contrasentido lógico en sí mismo.

Así, lo cierto es que una objeción seria y fundada es un documento a través del cual el asegurador le manifiesta al beneficiario la oposición al pago de la indemnización explicando, en un lenguaje comprensible, las cláusulas que justifican la negativa y las razones por las cuales son aplicables al caso concreto.

Por lo tanto, si bien puede acogerse la fórmula derogada del Código de Comercio de calificar la objeción como seria y fundada, bien podría denominarse también objeción veraz y completa, comprensible y verificable u objeción clara, cierta y oportuna, pues todas estas fórmulas del lenguaje apuntan a lo mismo, y es cumplir con el deber de información durante la ejecución del contrato, como principio base del ordenamiento jurídico en Colombia.

En contraposición a lo anterior, están los siguientes ejemplos prácticos de lo que no es una objeción seria y fundada:

1. Objeción a una reclamación enviada el 15 de mayo de 2020, por una Compañía de Seguros:

*“Respetado Señor*

*Amablemente nos referimos a la solicitud de indemnización elevada ante esta Compañía y radicada bajo el número de la referencia, con ocasión del accidente de tránsito donde resultó afectado el vehículo de placas XXXX en hechos ocurridos el día 27 de noviembre 2019 según circunstancias de tiempo, modo y lugar consignadas en el informe para accidentes de tránsito de la Policía Nacional.*

*Sobre el particular XXXX, se permite indicar lo siguiente:*

*Una vez analizada la documentación y solicitud de indemnización daños materiales y demás perjuicios **encontramos que la suma XXXX no se encuentra probada.***

*En este orden de ideas, XXXX, informa respetuosamente, que no podrá atender su solicitud de indemnización, ya que no se encuentra demostrada la cuantía solicitada, de conformidad con las disposiciones del contrato de seguros y la ley.*

*No obstante, y sin que se entienda que esta Compañía reconoce la responsabilidad del conductor del vehículo asegurado, pues ello es de resorte de la autoridad competente, lo invita a buscar un escenario de conciliación dentro de unos límites razonables y acordes con el perjuicio informado, para lo cual estamos a disposición de atenderlo.*

*Sin otro particular de momento, reciba un cordial saludo.*

*Cordialmente,*

*XXXX”*

2. Objeción a una reclamación enviada el 2 de junio de 2020 por una Compañía de Seguros:

*“A continuación, te informamos bajo radicado de solicitud XXXX validando en nuestra base de datos verificando que el señor XXXX con CC XXXX a la fecha del siniestro 2020/04/07 **no contaba con cobertura vigente.***

*Si deseas información adicional sobre soluciones o trámites de registro en nuestra página web, puedes continuar contactándonos a través de XXXX por “Contáctenos”, o gratuitamente a través de la línea de servicio al cliente en Bogotá, Cali y Medellín en el teléfono XXXX y para el resto del país, marcando al XXXX o desde cualquier operador celular marcando XXXX.*

*En XXXX estamos comprometidos en servirte con el respaldo y la confianza que nos caracterizan.*

*Cordialmente,*

*XXXX”*

Las anteriores no son objeciones ni serias ni fundadas, por lo siguiente; (i) la primera, porque si bien manifiesta el asegurador que no encuentra prueba de la cuantía de la indemnización, no explica de manera suficiente, cuáles son los documentos conducentes e idóneos necesarios para acceder al reclamo y, (ii) la segunda, porque si bien manifiesta el asegurador que el amparo no contaba con cobertura vigente, no explica de manera suficiente, a partir de qué momento terminó el acuerdo y las razones del vencimiento de la vigencia.

Es decir, no cabe duda que la objeción que se le presenta al beneficiario del valor asegurado no debe abstraerse de la realidad con afirmaciones sin motivación, pues pretender que el contratante quedará satisfecho con una oposición que se limite a decir, no pago “*por falta de prueba*” o no pago “*porque no se encuentra una cobertura vigente*”, es tanto como afirmar que el asegurador debe asumir los riesgos

de una empresa sin conocer sus estados financieros o de una persona sin conocer su historia clínica.

En consecuencia, cuando el equilibrio en el negocio se ve desbalanceado por una objeción que no es ni seria ni fundada, la concepción contemporánea de los contratos enseña que el Estado tiene la competencia para analizar su contenido a través de un trámite jurisdiccional, pues como administrador de justicia, debe propender porque el negocio sea útil y no una herramienta documental para beneficiar a una de las partes.

## **CAPITULO V**

### **VIGILANCIA DEL ESTADO AL CONTRATO DE SEGURO: JURISDICCIÓN Y SANCIONES**

#### **Parte I**

#### **Jurisdicción en caso de conflicto referido al contrato de seguro**

Así las cosas, teniendo en cuenta que indudablemente partimos de la existencia de un conflicto, en donde, por una parte, el asegurador entiende cumplido el deber de información con la objeción presentada y por el otro, el beneficiario entiende defraudado su interés en el negocio, se debe analizar cuál es el mecanismo jurisdiccional a través del cual se ha de dirimir la controversia y sus consecuencias.

En primer lugar, conforme a los artículos 17, 18 y 20 del Código General del Proceso, los jueces civiles municipales y del circuito en única o primera instancia, dependiendo del caso, conocerán de los procesos contenciosos originados en el contrato de seguro, esto es, en caso de existir disputa entre el asegurador y el beneficiario por la falta de pago de una indemnización, y que además de ello, se funde en una oposición que no es seria ni fundada conforme a la discusión en estudio, los jueces civiles serán los competentes para dirimir dicho conflicto si el asegurador se encuentra conformado mayoritariamente por capital privado.

Seguidamente, conforme a los artículos 152 y 155 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los tribunales y jueces administrativos en única o primera instancia, dependiendo del caso, conocerán de los procesos contenciosos originados en el contrato de seguro, cuando el asegurador se funde bajo la estructura de Empresa Industrial y Comercial del Estado, esto es, la jurisdicción contencioso administrativa será la competente para dirimir dicho conflicto, si el asegurador se encuentra conformado mayoritariamente por capital público.

Por otro lado, conforme al artículo 24 del Código General del Proceso, la Superintendencia Financiera de Colombia, igualmente, podrá conocer de los procesos contenciosos originados en el contrato de seguro en ejercicio de su función jurisdiccional como autoridad administrativa, teniendo en cuenta que tiene competencia para conocer las controversias que puedan surgir entre asegurador y

beneficiario como consumidor financiero que pueda verse perjudicado con la oposición al pago, fundado en una objeción que no cumpla con el deber de información y el principio de la buena fe que permea el ordenamiento jurídico en Colombia, independientemente del origen del capital que conforma la estructura societaria del asegurador.

Así, teniendo en cuenta que la Superintendencia Financiera de Colombia es quien vigila el cumplimiento de las obligaciones del asegurador dentro de su actividad mercantil y, además, detenta el poder jurisdiccional para definir el conflicto que pueda surgir de dicha actividad frente al beneficiario como consumidor financiero, no cabe duda que la Superintendencia Financiera, como juez, es quien definirá con mayor atino la observancia o no del deber de información dentro del contrato de seguro y las consecuencias en caso de incumplimiento.

## **Parte II**

### **Vigilancia y sanción del Estado a las objeciones que no son serias ni fundadas**

Por todo lo anterior, es importante estudiar la Sentencia No. 2018085364 / 2018-1439 del 13 de diciembre de 2018, mediante la cual la Superintendencia Financiera de Colombia analizó, bajo la protección del derecho al consumidor, la procedencia de la acción instaurada por una asegurada en contra del asegurador y la relación contractual surgida entre éstos.

En efecto, en el trámite se pretendió el reconocimiento de la indemnización con ocasión de un seguro de desempleo, pretensión frente a la cual el asegurador se opuso a través de la excepción que denominó “*inexistencia de la obligación de indemnizar*”.

Así, sobre la asunción de riesgos y la prohibición de cláusulas abusivas, el Despacho apuntó:

“El legislador facultó a las Compañías de Seguros, a tener unos parámetros de carácter económico, legales, técnicos propios de esa actividad, asumieran a su arbitrio, con la salvedad de los SOAT, los riesgos que les sean puestos a su consideración, esto, con fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio, sin que ello conlleve a la convalidación de cláusulas abusivas, las

cuales están expresamente prohibidas, al punto que se tendrán por no escritas, tal y como lo indicó el legislador en el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009”.

Lo anterior, como idea fundante del fallo, tiene gran relevancia en el tema objeto de estudio, pues el asegurador demandado, objetó la reclamación bajo el sustento de unas exclusiones pactadas en la póliza, y es aquí, cuando el Despacho analiza si efectivamente las mismas cumplieron con el deber de información; a saber:

“Ni la facultad dada por la ley a las aseguradoras para delimitar los riesgos que ha de amparar, ni la naturaleza propia de este contrato de adhesión, permiten a la Compañía de Seguros sustraerse de sus obligaciones establecidas legalmente, ni contractualmente, en especial, las que hace alusión la Ley 1328 de 2009, entre ellas, el deber de información predicables de dichas vigiladas, como el deber y derecho de los consumidores de recibirlas, conforme lo pregona el literal C del artículo 7 de la Ley 1328 de 2009 y en virtud de la Ley 153 de 1887 y el artículo 871 del Código de Comercio, incorporados en toda relación contractual de los consumidores con las vigiladas desde el inicio hasta la terminación del mismo”.

Ahora, en el proceso no se discutió la existencia de la póliza de desempleo, así como tampoco se discutió el porcentaje de Pérdida De Capacidad Laboral de la beneficiaria dictaminado en un 98.6%, situación que dio origen a la reclamación al asegurador solicitando el pago de la indemnización. Lo que se discute es la objeción del asegurador al pago por la supuesta existencia de exclusiones teniendo en cuenta el contrato laboral que desempeñaba la asegurada y la enfermedad diagnosticada.

En efecto, si bien se acreditó que la póliza de desempleo tiene un valor asegurado de 6 cuotas de \$600.000, el asegurador afirmó que *“la póliza de desempleo no tiene cobertura de incapacidad total temporal para personas con relación contractual como la que ostentaba la demandante para la fecha de suscripción de la póliza.”*

Por lo anterior, el Despacho manifestó:

“Se tiene que la póliza solicitada por la actora cuenta con los amparos de desempleo y de incapacidad total temporal, encontrándose con ello,



superada la carga que le impone a la asegurada, el artículo 1077 del Código de Comercio, según el cual le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida si fuere el caso. Al asegurador, también le impone ese artículo una carga, y es la que se procede analizar, esto es, demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad y, son los sustentos de su excepción, siendo necesario proceder al análisis de la razón de esa objeción que aduce el asegurador para no acceder al pago del amparo reclamado.

Se tiene que la entidad demandada, dio fundamento a su objeción en que existe una exclusión, toda vez que, para incapacidad total temporal se excluye, así lo manifestó textualmente en la objeción: *“el trabajador independiente según las definiciones establecidas en esta póliza”*, así las cosas, es relevante tener en cuenta que de acuerdo, a la cláusula ya citada, se presenta la cobertura de incapacidad total temporal siempre y cuando sea un trabajador independiente y en este caso por el tipo de contrato laboral que desempeñaba, nos encontramos bajo una causal de exclusión dentro de la póliza, (...) y adicionalmente a lo anterior, el trastorno depresivo de ansiedad que sufre la reclamante, se encuentra excluida en las condiciones de la póliza.

Sobre esta objeción, es preciso indicar que la exigibilidad de este tipo de declaraciones, es decir, las exclusiones, debe tenerse en cuenta que en relaciones de consumo que surgen tanto de esta clase de negocio jurídico como de cualquier otro, el derecho de recibir información **oportuna, clara, precisa e idónea** es un derecho propio de los consumidores financieros. Esta prevalencia tiene sus cimientos en la Constitución Política, concretamente en el artículo 78, y allí, se indicó que la Ley regularía el control de la calidad de los bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que se debe suministrar al público en la comercialización de los productos o servicios.

Este postulado se desarrolló en la Ley 1328 de 2009, concretamente en el título primero, y allí se estableció un régimen de protección al consumidor financiero, en el que se destaca dentro de la contratación financiera, la obligación según la cual la información debe ser cierta, suficiente y oportuna para que el consumidor **comprenda el contenido** y el funcionamiento de las

relaciones establecidas para suministrar un producto o servicio. Al punto que el incumplimiento de esta obligación, da derecho al consumidor financiero de finalizar el contrato sin penalidad alguna, sin perjuicio de las obligaciones que ese mismo contrato deba cumplir.

Así las cosas, el consumidor financiero debe recibir información cierta, veraz, oportuna a fin de disminuir, menguar, el desequilibrio existente en una relación de consumo como la que estamos analizando entre una entidad aseguradora y el consumidor financiero.

En palabras de la Corte Constitucional (sic) en relación con el derecho de información en el sistema financiero y asegurador, indicó la Corte Suprema de Justicia, en el análisis de prohibición de cláusulas y prácticas abusivas, señaló:

*“siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración del contrato, como durante toda su ejecución y aún después de la terminación del mismo, esto con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales”.*

Así lo indicó la Corte Suprema de Justicia en la sentencia CT-136 del año 2013. De allí la importancia no solo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza, como el caso de las condiciones acá debatidas y concretamente, las exclusiones y el periodo de carencia que se le pretende enrostrar a la demandante, sino además de que éstas sean conocidas, por la asegurada, en este caso, para que manifieste libremente su consentimiento en señal de aceptación, máxime tratándose de un clausulado elaborado por la aseguradora que en ultimas **supera los límites de la consensualidad** del contrato de seguro.

Al respecto y para el caso concreto, la demandante indicó que no recibió dicha información al momento de adquirir el producto aseguratorio por cuanto asevera que las documentales que aporta con su demanda, relacionadas con la póliza le fueron entregadas u obtenidas tiempo después a la suscripción del seguro aquí en discusión, y ante la declaración de pérdida de capacidad

que fue objeto, así como que la asesora que le ofreció el producto, no realizó ninguna mención o aclaración de las cláusulas de las cuales se soporta la objeción de la entidad aseguradora, y que no le entregaron el clausulado de la póliza de seguro.

Así las cosas, encuentra la Delegatura acreditado que a la demandante no se le dio información cierta, clara, veraz y oportuna al momento de su incorporación al seguro, ni se le hizo entrega del clausulado aplicable al producto al que se vinculó con la Compañía de Seguros, y del cual, se pretende inculcarle las exclusiones a la demandante, lo que conllevó a la convicción a la acá demandante de que se encontraba amparada para el riesgo de desempleo o de incapacidad total temporal”.

Es por lo anterior, que el Despacho declaró no probada la excepción indicada por la aseguradora titulada “*inexistencia de la obligación de indemnizar*”, y se reconoce la pretensión solicitada correspondiente al pago de la indemnización.

En efecto, como se indicó, se trae a colación este fallo porque nos permite ilustrar la relevancia que tiene el deber de información durante la ejecución del contrato de seguro, el cual, permitirá total transparencia y equivalencia de condiciones en cualquier escenario que se encuentre con el beneficiario.

La anterior conclusión, puede verse igualmente en las siguientes sentencias de la Superintendencia Financiera en donde se tiene como foco el deber de información, a saber; sentencia 2015045022/2015-0765 del 4 de mayo de 2016, sentencia 2016017429/2016-0257 del 4 de noviembre de 2016, sentencia 201602585/2016-0395 del 24 de febrero de 2017, sentencia 2016134460/2016-2502 del 21 de noviembre de 2017, sentencia 2018079255/2018-1205 del 7 de febrero de 2019 y sentencia 2018122197/2018-2081 del 22 de marzo de 2019.

Ahora, si bien es claro la Superintendencia Financiera tiene competencia para condenar al asegurador al pago de la indemnización, también tiene competencia para sancionarlo cuando formule objeciones que no sean serias y fundadas, pues el asegurador podrá ser objeto de multas ante la Superintendencia Financiera como organismo de control, en caso de no brindar información cierta, clara, veraz y oportuna a los consumidores de seguro.

De hecho, sobre el deber de vigilancia del Estado a las objeciones que no son serias ni fundadas, encontramos las siguientes reglas:

1. Conforme al Decreto Ley 663 (1993), se ordena al Gobierno Nacional ejercer la intervención en la actividad aseguradora para vigilar que *“se tutelen adecuadamente los intereses de los usuarios de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención y, preferentemente, el de ahorradores, depositantes, asegurados e inversionistas”*. (Literal b, Artículo 46)
2. Conforme a la Ley 795 (2003), el asegurador debe *“suministrar a los usuarios de los servicios que prestan la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado y poder tomar decisiones informadas”*. (Numeral 1, Artículo 23)
3. Conforme a la misma Ley 795 (2003), *“Las instituciones sometidas al control de la Superintendencia Bancaria, en cuanto desarrollan actividades de interés público, deberán emplear la debida diligencia en la prestación de los servicios a sus clientes a fin de que estos reciban la atención debida en el desarrollo de las relaciones contractuales que se establezcan con aquellas y, en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones”*. (Artículo 24)
4. Conforme a la Ley 1328 (2009), se establece la tutela efectiva del deber de información, pues el asegurador que incumpla el contrato, *“será sancionado por la Superintendencia Financiera de Colombia en la forma prevista en la Parte Séptima del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el artículo 53 de la Ley 964 de 2005 y demás normas que los modifiquen o sustituyan”*. (Artículo 21)
5. Conforme a la misma Ley 1328 (2009), el asegurador será sancionado cuando incumpla *“los deberes o las obligaciones que la ley les impone”* y cuando *“ejecuten o autoricen actos que resulten violatorios de la ley, de los reglamentos expedidos por el Gobierno Nacional de acuerdo con la Constitución y la ley en desarrollo de sus facultades de intervención”*. (Literales a y b, Artículo 211)

6. Conforme a la Ley 663 (1993), las sanciones pueden ser; (i) amonestación o llamado de atención, (ii) multa de \$550.000.000 del año 2002, esto es, \$1,347.198.468 del presente año 2022, (iii) remoción de administradores, directores y representantes, entre otras. (Numeral 3, Artículo 208)
7. Ahora, conforme a la misma Ley 663 (1993), las sanciones se graduarán teniendo en cuenta, (i) la dimensión del daño, (ii) el beneficio económico que obtuvo el infractor, (iii) la reincidencia de la infracción, (iv) el grado de diligencia y cuidado, entre otras. (Numeral 2, Artículo 208)
8. Por último, conforme a la sentencia de 18 de agosto de 2010, “[p]ara que esta labor de intervención, regulación, control, inspección y vigilancia pueda desarrollarse cabalmente, es natural que el estado pueda y deba exigir volúmenes importantes de información a las entidades aseguradoras, sobre su gobierno corporativo, su situación patrimonial y de liquidez, su esquemas de seguridad operativa, su régimen de inversiones, su nivel de cumplimiento de las obligaciones adquiridas, y otros temas análogos (...)” (Corte Constitucional, 2010, M.P. Mauricio González Cuervo, p. 37)

Así, reitero, no comparto la posición de Ordoñez (2002) cuando afirma que toda objeción supone que el asegurador está en posibilidad de acreditar sus razones judicialmente (p. 118), pues la facultad de prueba no debe dirigirse al juez sino al beneficiario como titular del deber de información. Argüir que es posible realizar una objeción que no sea seria y fundada y aguardar el ejercicio probatorio para la etapa jurisdiccional, no es más que una taimada maniobra que no se compadece con el ordenamiento jurídico en cita.

Con lo cual, se puede concluir que si bien es cierto debe acudirse a la jurisdicción, ya sea ante la Superintendencia Financiera como a los juzgados civiles o administrativos, para obtener una indemnización objetada de manera escueta y sin motivación, también es cierto que podrá solicitarse una multa ante la Superintendencia Financiera cuando la conducta del asegurador defrauda los intereses protegidos en la ley, la jurisprudencia y el contrato, tal y como lo establece el artículo 21 de la Ley 1328 de 2009 y el artículo 208 de la Ley 663 de 1993.

Así, ante la Superintendencia Financiera podrá solicitarse la indemnización del amparo como pretensión principal, tal y como se analizó a través de la sentencia No. 2018085364 / 2018-1439 del 13 de diciembre de 2018 antes citada, e igualmente podrá solicitarse la amonestación, multa o remoción de directores y administradores, como pretensión subsidiaria, en caso de haber podido evitar el trámite jurisdiccional si se hubiere presentado información oportuna, clara, precisa e idónea.

Es decir, cuando la objeción no fuere seria y fundada, el beneficiario de la indemnización podrá solicitar como pretensión principal el pago del valor asegurado y como pretensión subsidiaria la sanción administrativa, pues en caso que la exclusión opere efectivamente en sede judicial, el asegurador deberá ser condenado por no cumplir el deber de información durante la ejecución del contrato generando un desgaste jurisdiccional.

En efecto, conforme al artículo 88 del Código General del Proceso, la pretensión del pago de la indemnización podrá pretenderse como principal y la multa como subsidiaria, por lo siguiente; en primer lugar, porque el beneficiario del valor asegurado puede acumular en una misma demanda varias pretensiones contra el asegurador, aunque no sean conexas, en segundo lugar, porque la Superintendencia Financiera de Colombia es competente para conocer tanto la pretensión de indemnización como la pretensión de multa, conforme a los artículos 24 del Código General del Proceso y al artículo 21 de la Ley 1328 de 2009, en tercer lugar, porque si bien la pretensión de indemnización y la pretensión de multa se excluyen entre sí, se pueden proponer como principal y subsidiaria y, en cuarto lugar, porque ambas pretensiones pueden tramitarse por el mismo procedimiento.

Con lo cual, no cabe duda que si bien es posible que el asegurador justifique ampliamente las razones de la objeción en un proceso judicial y, en consecuencia, triunfe en la excepción por encontrarse probada una exclusión para el pago, no debe perderse de vista que el deber de información debe cumplirse durante la ejecución del contrato, sin necesidad del ejercicio del derecho de acción, por lo que el éxito de los argumentos del asegurador, que debió haber explicado al beneficiario suficientemente las razones de la objeción al pago antes de la demanda, indudablemente, deberá ser sancionado con multa de manera subsidiaria por el incumplimiento de un deber de rango legal y constitucional.

## CONCLUSIONES

1. El contrato de seguro es un acuerdo en virtud del cual un asegurador se obliga a asumir un riesgo que le traslada el tomador a cambio del pago de una prima, para que, en caso de concretarse, el asegurador pague la indemnización al beneficiario, con lo cual, acaecido el siniestro, el asegurador tiene el deber de pagar u objetar el pago y, a su vez, el beneficiario tiene el derecho de recibir el pago o comprender la objeción, respectivamente.
2. La ubérrima buena fe es pilar esencial del contrato de seguro, pues la estructura del acuerdo se basa en la información que de manera leal intercambian ambas partes, y en donde tanto el experto en el negocio, como quien no lo es, comprenden con un lenguaje claro los matices del acuerdo.
3. Objetar el pago del valor asegurado significa oponerse a las razones que justifican el reclamo, a su vez, una objeción seria y fundada es una oposición sincera y motivada de la indemnización que se caracteriza por su eficacia, oportunidad y suficiencia, regla que no nace del deber de cumplir con los dictados del ya citado artículo 1053, sino que sienta sus bases en el principio de la buena fe y el deber de información establecido en el Código de Comercio y el Estatuto del Consumidor Financiero.
4. Si bien del artículo 1053 del Código de Comercio se derogaron los vocablos seria y fundada, la obligación del asegurador de demostrar las circunstancias excluyentes de su responsabilidad, nace de una regla codificada en Colombia desde hace más de un siglo, pues desde el Código Civil de 1873, ya se ordenaba a las partes del contrato acreditar la extinción de sus obligaciones.
5. Toda objeción del asegurador debe ser seria y fundada y, como mínimo, debe contener la ubicación de la cláusula que justifica la oposición, una explicación de manera suficiente y comprensible de la exclusión que motiva la oposición, una enumeración clara de cuáles son los documentos conducentes e idóneos necesarios para acceder al reclamo y, en general, toda la información suficiente, en un lenguaje comprensible, que justifique la negativa y la razón por la cual es aplicable al caso concreto.

6. La Superintendencia Financiera de Colombia es quien vigila el cumplimiento de las obligaciones del asegurador dentro de su actividad mercantil y, además, detenta el poder jurisdiccional para definir el conflicto que pueda surgir de dicha actividad frente al beneficiario como consumidor financiero, por lo que, en caso de incumplimiento, frente a dicha Superintendencia, podrá pretenderse no solo la indemnización del amparo como pretensión principal, sino también la multa o amonestación, como pretensión subsidiaria.
7. La objeción realizada por una compañía de seguros en Colombia debe ser seria y fundada a la luz del Código de Comercio y el Estatuto del Consumidor Financiero, esto es, la derogatoria de la locución “*de manera seria y fundada*” del numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, no cambia el deber de información que tiene la aseguradora con el tomador, asegurado o beneficiario al momento de objetar la reclamación.
8. A partir de un análisis sistemático de la norma, el deber de información cierta, suficiente y oportuna es un principio base del ordenamiento jurídico, con lo cual, la negativa a indemnizar al asegurado sin fundamento serio y fundado, no se adecúa con las normas que regulan el deber de información contractual y la buena fe.



## REFERENCIAS

1. Ossa G, J. E. (1991). *Teoría general del seguro. El contrato*. Editorial Temis.
2. Ossa G, J. E. (1991). *Teoría general del seguro. La institución*. Editorial Temis.
3. Ordoñez Ordoñez, A. E. (2001). *Lecciones de derecho de seguros N° 1*. Universidad Externado de Colombia.
4. Ordoñez Ordoñez, A. E. (2002). *Lecciones de derecho de seguros N° 2*. Universidad Externado de Colombia.
5. Ospina Fernández, G. (2009). *Teoría General del Contrato y del Negocio Jurídico*. Editorial Temis.
6. Parra Benítez, J. (2011). *Estudio Sobre la Buena Fe*. Editorial Librería Jurídica Sánchez R. Ltda.
7. Agudelo Ramírez, M. (2005). *El mérito ejecutivo de la póliza de seguro y sus implicaciones frente al proceso ejecutivo*, 35-50. Recuperado a partir de <file:///C:/Users/ARL%202/Downloads/administrador,+n2a5.pdf>
8. Pérez Arango, D. C. (2016). El solidarismo contractual desde el análisis económico del derecho. *Revista de Derecho Privado*, 56, 1-18. Recuperado a partir de [https://derechoprivado.uniandes.edu.co/index.php?option=com\\_revista&view=inicio&id=63%3ARevista\\_56&Itemid=198&lang=es](https://derechoprivado.uniandes.edu.co/index.php?option=com_revista&view=inicio&id=63%3ARevista_56&Itemid=198&lang=es)
9. Sánchez Guerrero, D. (2014). Estudio comparativo sobre la protección al consumidor de seguros en Colombia. *Revista de Derecho Privado*, 51, 1-41. Recuperado a partir de [https://derechoprivado.uniandes.edu.co/index.php?option=com\\_revista&view=inicio&id=57%3ARevista\\_51&Itemid=198&lang=es](https://derechoprivado.uniandes.edu.co/index.php?option=com_revista&view=inicio&id=57%3ARevista_51&Itemid=198&lang=es)

10. S.F. de C. (2011, septiembre 6). *Circular Externa 038*. FNA. <https://www.fna.gov.co/atencion-ciudadana/sistema-de-atencion-al-consumidor/Circular%20038/1%20Circular038.pdf>
11. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 6164 de 2001. (M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo; Agosto 2 de 2001).
12. Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 1998-10363-01 de 2006. (M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo; Diciembre 19 de 2006).
13. Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia 28882 de 2015. (C.P. Olga Mérida Valle De La Hoz; Junio 3 de 2015).
14. Corte Constitucional. Sentencia C 640 de 2010. (M.P. Mauricio Gonzalez Cuervo; Agosto 18 de 2010).
15. Corte Constitucional. Sala Primera de Revisión. Sentencia T 316 de 2015. (M.P. Maria Victoria Calle Correa; Mayo 22 de 2015).
16. Corte Constitucional. Sala Séptima de Revisión de Tutelas. Sentencia T 240 de 2016. (M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; Mayo 16 de 2016).
17. Corte Constitucional. Sala Cuarta de Revisión. Sentencia T 591 de 2017. (M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo; Septiembre de 2017).
18. Superintendencia Financiera de Colombia. Sentencia No. 2018085364 de 2018. Delegatura Para Funciones Jurisdiccionales. Diciembre 13 de 2018).
19. Real Academia Española. (s.f.). Diccionario de la lengua española. Recuperado Junio 16, 2022, de <https://www.rae.es/>
20. Ley 84 de 1873. Código Civil de los Estados Unidos de Colombia. Mayo 26 de 1873. DO. N2867.
21. Constitución Política de Colombia. Art. 78. Julio 7 de 1991 (Colombia).

22. Decreto 410 de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio. Marzo 27 de 1971. DO. N33339.
23. Ley 45 de 1990. Por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones. Diciembre 18 de 1990. DO. N39607.
24. Decreto Ley 663 de 1993. Por medio del cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se modifica su titulación y numeración. Abril 2 de 1993. DO. N40820.
25. Ley 795 de 2003. Por la cual se ajustan algunas normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones. Enero 14 de 2003. DO. N45064.
26. Ley 1328 de 2009. Por la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones. Julio 15 de 2009. DO. N47411.
27. Ley 1437 de 2011. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Enero 18 de 2011. DO. N47956.
28. Ley 1480 de 2011. Por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones. Octubre 12 de 2011. DO. N48220.
29. Ley 1564 de 2012. Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones. Julio 12 de 2012. DO. N48489.
30. Ley 17418. Ley de seguros. Agosto 30 de 1967. (Argentina)
31. Ley 26994. Código Civil y Comercial de la Nación. Octubre 7 de 2014. (Argentina)