

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2022148361-072-000

Fecha: 2023-09-19 22:26 Sec. día 2956

Anexos: No

Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc: 249-249 SENTENCIA ESCRITA NIEGA

Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Destinatario: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES
JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2022148361-072-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 249 249 SENTENCIA ESCRITA NIEGA
Expediente : 2022-3386
Demandante : EDWIN CIRO GIRALDO
Demandados : BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Anexos :

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 5 de septiembre de 2023, en concordancia con lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia procede a proferir la siguiente,

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

El señor **EDWIN CIRO GIRALDO**, actuando a través de apoderado judicial promovió demanda en ejercicio de la acción de protección al consumidor en contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** y **BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**, entidades vigiladas por esta Superintendencia, pretendiendo:

Que se declare a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y el Banco BBVA S.A. son civilmente responsables ante el no pago de la póliza número 0221400000113694, certificado No 00130158674011584226 bajo la cobertura de incapacidad total y permanente, en calidad de beneficiario el señor Edwin Ciro Giraldo.

Que BBVA Seguros de Vida S.A. pague a favor del señor Edwin Ciro Giraldo el saldo insoluto de la deuda que en la actualidad tiene con el Banco BBVA S.A.

Que BBVA Seguros de Vida S.A. efectúe el pago de intereses corrientes y moratorios de la suma adeudada de acuerdo con lo señalado en el artículo 1080 del Código de Comercio.

Finalmente, que se le reconozcan los perjuicios a título de daño emergente, así como por daño moral y a la vida de relación, junto con la condena en costas a las demandadas.

Enteradas de la acción instaurada en su contra, las convocadas a juicio se resistieron a las pretensiones del actor, para los cual oportunamente formularon las excepciones de mérito que serán materia de estudio en esta decisión.

Precisado lo anterior, se procede a resolver la actuación conforme a las siguientes,

I. CONSIDERACIONES

Conforme con los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, la Superintendencia Financiera de Colombia cuenta con las facultades propias de un juez para decidir de manera definitiva *“las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público”*, en ejercicio de la acción que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011, ha denominado Acción de Protección al Consumidor.

Teniendo en consideración la competencia que tiene la Delegatura para conocer de las controversias contractuales que surjan entre consumidores financieros y las entidades vigiladas por esta Superintendencia surgidas de los contratos que éstas últimas ofrecen; se tiene que las partes no discuten la existencia de un contrato de seguro vida grupo deudores No. 0221400000113694, que amparó una obligación crediticia adquirida por el demandante con el Banco BBVA No. 0013-0158-00-9618766123.

Los contratos mencionados tienen regulación en los artículos 2221 del Código Civil y 822 del Código de Comercio, además el en el título V del libro CUARTO del Código de Comercio artículos 1036 al 1162, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, debiéndose resaltar en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado en dicha disposición por la Ley 1480 del 2011 –Estatuto del consumidor-. Lo anterior, atendiendo el interés público que presenta la actividad financiera y aseguradora de conformidad con el artículo 335 de la Constitución Política de Colombia.

De igual forma, sin perder de vista que las mencionadas relaciones contractuales objeto de estudio, emergen de un escenario de expresa protección constitucional, basando tanto en el del derecho del consumidor previsto por el artículo 78 de la Carta Política, como en el ejercicio de la actividad aseguradora, de evidente interés público como lo establece el artículo 335 ibídem. Bajo dicho marco, la ejecución de los contratos impone precisos deberes de diligencia a las partes contratantes, y en especial a las vigiladas por esta Superintendencia Financiera, determinados por aspectos tales como la utilidad que éste les reporta, experiencia, profesionalismo, poder negocial, ubicación en el contrato.

En torno al estándar de diligencia propio de las entidades vigiladas, la ejecución de las operaciones que les corresponden debe estar precedida y acompañada por un conjunto de medidas tuitivas, de precaución e información dispuestas para salvaguardar el interés público que la actividad aseguradora y financiera comporta, medidas exigibles en el ámbito contractual por virtud de lo establecido en el artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y la Ley 1328 de 2009. Tales medidas son correlato del derecho de los usuarios a recibir productos y servicios con estándares de seguridad y calidad (literal a del artículo 5° y b del artículo 7° de la Ley 1328 de 2009), incorporando el artículo 5° de la Ley 1328 citada, un conjunto de derechos que integra el núcleo mínimo de protección vigente *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*.

Expuesto lo anterior, procederá la Delegatura a definir si existe responsabilidad contractual de BBVA Seguros de Vida S.A. y/o el Banco BBVA S.A. en virtud del contrato de seguro vida grupo deudor No. 0221400000113694, que fungió como garantía adicional del crédito No. 0013-0158-00-9618766123, con ocasión al amparo de Incapacidad Total y Permanente, debido a la calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada al demandante el día 17 de febrero del 2021, otorgando una pérdida de capacidad laboral del 52,41%.

Como punto de partida y en aplicación a lo previsto en el inciso final del artículo 282 del Código General del Proceso, pasa la Delegatura en primer lugar a pronunciarse respecto de la excepción de “Nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia en la declaración del estado de riesgo”.

Para este propósito, cumple señalar que la declaración del estado del riesgo puede darse de forma espontánea en la cual el asegurado informa, los hechos o circunstancias que rodean el riesgo o mediante la absolución de un cuestionario que la aseguradora le suministre y en el cual se formulan preguntas específicas, a efectos de acreditar aquellos elementos relevantes para el otorgamiento o no de la cobertura, o para las condiciones en que se habrá de otorgar, atendiendo por demás la facultad que tienen las aseguradoras para seleccionar los riesgos conforme con el artículo 1056 del Código de Comercio.

Pues bien, de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores que funge como garantía adicional del crédito terminado en 6123, se aportó al presente trámite la respectiva declaración de asegurabilidad cuyo propósito era el establecer el estado del riesgo, en especial el de salud del señor **EDWIN CIRO GIRALDO** conforme se evidencia del mismo texto, a través del cuestionario de salud, ya que este fue propiciado por la compañía de seguros hoy demandada, formulado al asegurado a través de la entidad tomadora (BANCO BBVA) y que aparece firmado por el asegurado, sin que fuera tachado de falso por las partes. En ese sentido, la Delegatura se estará al contenido del mismo.

Precisado lo anterior, se encuentra que la información consultada contenía elementos importantes o relevantes para el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo, y que, en consecuencia, consideraba determinantes para la formación del contrato.

En dicho documento se le indagó, entre otras preguntas, en el siguiente sentido:

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			SI	No
Estatura	1.71 cm	Peso	70 Kg	
¿ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				X
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿sufre alguna incapacidad física o mental?				X
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.				X
¿sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				

Interrogantes, que como se aprecia de la citada documental, se contestaron negativamente; sin embargo, se hace precisión que a excepción de la patología de discopatía, las demás que allí se mencionan no aparecen expresamente en la historia clínica del demandante y el dictamen de pérdida de capacidad laboral, como se pasa a exponer.

Téngase en cuenta que, en el caso en estudio, la reticencia o inexactitud soporte de la objeción deviene de las condiciones de salud no declaradas por el asegurado el señor **EDWIN CIRO GIRALDO**, por lo que

procede este Despacho a verificar la existencia de la información presuntamente omitida y el conocimiento que tuviera el candidato a asegurado sobre esas condiciones.

En tal sentido, consultada la historia clínica del asegurado, allegada por la aseguradora demandada en su contestación (la cual no fue tachada ni desconocida), emerge de la misma que el señor **EDWIN CIRO GIRALDO**, por lo menos para el 21 de agosto de 2019, se evidencia que presenta de “varios meses” de evolución, Trauma Craneoencefálico secundario a explosión, con Cefalea, insomnio crónico y Trastorno de ansiedad Generalizada. (derivado 018 anexo “HISTORIA CLÍNICA psiquiatría”).

Pese a ello, aunque lo exigible para el señor EDWIN CIRO GIRALDO, ante la presencia de “varios meses” de evolución, Trauma Craneoencefálico secundario a explosión, con Cefalea, insomnio crónico y Trastorno de ansiedad Generalizada, era que si desde las citadas fechas padecía de las aludidas dolencias debió responder en el mismo sentido el cuestionario de salud de la declaración de asegurabilidad que fue suscrito, informando los padecimientos que lo aquejaban; sin embargo, como se señalaba anteriormente, en ninguna de las preguntas efectuadas se le indagó sobre esas específicas enfermedades o afecciones, como tampoco a las que además incluyó el dictamen pericial allegado por la aseguradora que refirió como cuadro de emesis (vómito) y dolor en epigastrio, fractura de tibia y peroné, Lumbago Crónico y Artrosis de Columna, Dislipidemia, Diastasis (separación) de la Sínfisis Púlica (pelvis), fractura de la rama isquiopúbica (pelvis) y Lumbalgia.

Y en cuanto al cuestionamiento general respecto a si sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente, por lo general, tampoco ofrece claridad sobre qué diagnósticos resultaban de importancia para ser informados por el candidato a asegurado, por lo que no podría predicarse una reticencia al no informarse dichas condiciones. Pero sí en lo que tiene que ver con la discopatía, la cual registra días antes de la toma del crédito con la entidad financiera.

Pese a lo anterior, téngase en cuenta que el artículo 1058 del Código de Comercio que consagra la SANCIÓN POR INEXACTITUD O RETICENCIA, establece no sólo la obligación de: “*declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, (...)*”. Sino también que: “*La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*”

Es decir, que no toda omisión o inexactitud conlleva a la nulidad del contrato a la que hace referencia el artículo 1058 del Código de Comercio, solo teniendo dicho efecto, aquellas que recaen sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, condición que impone una carga probatoria a la entidad aseguradora que pretenda el citado efecto respecto de una relación aseguraticia, máxime cuando el efecto de la misma, de conformidad con el artículo 1059 de la misma codificación conlleva a que la compañía de seguros tenga el derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

Sin embargo, de la revisión de las pruebas obrantes en el presente proceso, no es posible concluir dicha circunstancia, como quiera que más allá del dicho de aquella -aseguradora- no obra en el plenario prueba alguna **de la cual se pueda establecer de manera objetiva** cuál fue el grado de riesgo asumido por la aseguradora, **ni las razones por las cuales los padecimientos del asegurado sobrepasan el mismo**, lo que justificaría su actuar en el sentido de extraprimar o no contratar para la época de asunción del riesgo, no pudiéndose surtir dicha evaluación para el momento de la reclamación o incluso en el curso del proceso judicial.

Es importante precisar que en el dictamen pericial aportado por la aseguradora demandada (der. 018), el perito Gabriel Duque Posada no es concluyente de cara a las políticas con que contaba la entidad aseguradora al momento de asumir el riesgo, en cuanto como hubiese sido el actuar de aquella en el

momento de la suscripción de la póliza que garantizaba el crédito la obligación No. 0013-0158-00-9618766123, de haber conocido de la Discopatía que sufría el demandante.

Frente al particular, téngase en cuenta que la tabla relacionada con la experiencia de la reaseguradora Swiss Re en calificación de riesgo fue verificada por el perito solo para el momento de la elaboración del dictamen, y no para la suscripción de la póliza, además no está acreditado que hicieran parte de las políticas del asegurador para este efecto. Ahora, en cuanto a las otras tablas en las cuales se reseña la experiencia de la compañía demandada en la calificación de los riesgos del diagnóstico de discopatía, tampoco se demostró que se ajustará a las políticas de la compañía para el año 2019, fecha en la cual se suscribió la póliza materia de controversia, amén que incluye distintos padecimientos para llegar a tal conclusión que como se expuso en el presente asunto no constituyen la reticencia.

Ahora bien, respecto a las políticas de la entidad de la aseguradora, a la actuación se allegaron las mismas y que estaban vigentes para 2016 y actualizada a 2020, documento del cual solo se extrae el concepto o definición de reticencia, incluyendo en aquel ítem solamente la relación “peso - altura” del posible asegurado como parámetro para una posible verificación de las condiciones en las cuales asumiría el riesgo, tal y como se puede verificar en el contenido de dicho documento (derivado 039).

Frente a este documento, debe decirse que, si bien contiene un procedimiento a seguir para la verificación del estado de salud de los posibles asegurados, lo cierto es que, no se encuentra acreditado que el mismo fuere aplicable para la fecha de suscripción de la póliza de vida grupo deudor que sirve de base a esta acción; y de otro, que de la aplicación del mismo se pueda establecer un valor concreto de extraprima para el caso del señor **EDWIN CIRO GIRALDO**, o la conclusión de una imposibilidad de celebrar el contrato de seguro con aquel en razón de su estado de salud para dicha época, específicamente en lo que tiene que ver con la discopatía.

Es de destacar que, sobre este tipo de análisis, esto es, respecto de pólizas vida grupo deudores, la Sala Civil del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá en la acción de protección al consumidor con radicado 003-2022-00773-01 donde fungían como demandadas también BBVA Seguros de Vida S.A. y Banco BBVA S.A., al resolver sobre una apelación de sentencia proferida por esta Delegatura, señaló:

“En efecto, el censor aspira a demostrar la trascendencia de la información inexacta con el concepto del experto llevado a la contención, del que el delegado halló ausente material que ratifique su opinión sobre el grado de tarificación, así como las investigaciones efectuadas para llegar a la conclusión de que, si se hubiera conocido el real estado del riesgo, la contratación sería con una extraprima, probanza de la que, afirma la Sala, especialmente se dirige a redundar en la presencia del cuestionario para establecer el estado de salud del usuario y la existencia de la reticencia, materias pacíficas en este contradictorio. Por igual, atestó que la patología de la dislipidemia y el bloqueo de rama conllevaba a la imposición de la prima extra del 150%, epílogo para el que —expresó— se apoyó en el “tarificador de la Swiss Re”, de aceptación internacional. Sin embargo, este laborio no tiene mérito para comprobar la trascendencia de la información omitida por el asegurado, en tanto no obra explicación de los resultados que arrojan los cuadros que aportó en un pantallazo, falencia que mina su poder suasorio. Además, al pretender sustentar su dictamen, destacó su experiencia en casos similares, empero esta se reduce a la cita de uno solo —del que no se acreditó que padeciera igual o similar patología— carencia así mismo reflejada sobre la afirmación de su intervención en más de 135.000 procesos de selección para la toma de los seguros de vida, de la que obra su exclusiva versión, debilidades que, en general, reducen el concepto al propio dicho del perito, sin acreditar que frente a la presencia de dislipidemia y el bloqueo, siempre se extraprima. En este orden, a pesar de la especial ascendencia suasoria que tiene la prueba pericial para llevar al fallador los hechos de los que carece de especializado conocimiento, ello no comporta que se deba aceptar el desenlace propuesto por el solo hecho de su arribo al contradictorio, en la medida que tal trabajo debe concitar las condiciones de solidez, claridad, precisión y calidad de sus fundamentos y la descripción de las fuentes a las que se acudió, para que en su análisis bajo las reglas de la sana crítica y auscultando la argumentación técnica y científica vertida en él, se obtenga la necesaria firmeza y seriedad conceptual, para que el juez, al definir el conflicto, se acoja a esas conclusiones. Aparte de lo anterior y

con idéntica orientación para ratificar este segmento de la decisión confutada, se observa que en el proceso de perfeccionamiento del consentimiento de las partes obró una incuestionable y censurable laxitud, pues quien llenó el formulario fue la asesora, como atestiguó Sandra Martínez, a pesar de que las políticas de la aseguradora disponen que el cliente debe diligenciarlo. La condición de quién debe integrar el formato tiene importancia por cuanto el usuario, al leer el interrogatorio, tiene mayor propensión para recordar si ha sufrido alguna de esas patologías al paso que la composición por parte de un tercero mecaniza más el acto y, en particular y para el caso concreto, avizora lo irrelevante que resultaba esa información para estructurar la decisión de contratar por parte de la aseguradora, muy a pesar del asentimiento materializado con la imposición de su firma y las admoniciones sobre la insinceridad del asegurado”.

Expuesto lo anterior no está probado cual hubiese sido el actuar de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para el año 2019, si hubiese conocido el estado de salud del asegurado, sobre el padecimiento de discopatía.

Además, las atestaciones del representante legal de la referida aseguradora no son suficientes para tener por acreditados los supuestos que den lugar a la declaración de nulidad pretendida por la aseguradora demandada, por cuanto adolecen del mismo respaldo probatorio, es decir, cuales eran esas políticas de la entidad y su aplicación para el año 2019.

Aunado a lo expuesto, tampoco puede soslayar la Delegatura, de un lado, que la declaración de la representante legal se constituyó como elemento de convicción para la pretendida nulidad del contrato con posterioridad a la presentación de la demanda mas no al momento de la asunción del riesgo por parte de la aseguradora; y, de otro, que aun cuando no se desconoce la importancia que el cuestionario de asegurabilidad tiene para la contratación y el análisis de riesgo por parte de la aseguradora, el mismo no tiene la virtualidad de demostrar que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. se hubiera retraído de asumir el riesgo o asumirlo en condiciones más onerosas.

En este punto, es de señalar que el pretender otorgar el efecto del 1058 del Código de Comercio ante cualquier omisión en padecimiento o diagnostico conllevaría al absurdo de que cualquier condición médica en sí misma no decretada diera automáticamente el efecto pretendido, trasladando la carga impuesta por el legislador a la entidad aseguradora al consumidor, lo que sería contrario al principio de debida diligencia que poseen las entidades vigiladas por esta Superintendencia, como se expuso en decisión de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia SC 3791 de 2021 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

En consecuencia de lo anterior, la Delegatura declarará infundada la excepción denominada por la aseguradora como “Nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia en la declaración del estado de riesgo”.

Resuelto lo precedente, pasa la Delegatura a establecer si existe responsabilidad en cabeza de BBVA Seguros de Vida S.A.

De las documentales que reposan en el expediente digital, se tiene que la controversia contractual tiene como base el contrato de Seguro de vida grupo No. 0221400000113694, en el cual se estableció como tomador BANCO BBVA S.A., atendiendo el interés que posee de conformidad con el numeral 3 del artículo 1137 del Código de Comercio, como aseguradora BBVA Seguros de Vida S.A. y el señor **EDWIN CIRO GIRALDO** quien fungió como asegurado.

Al respecto, cumple anotar que el legislador facultó a las compañías de seguros para que, atendiendo a unos parámetros económicos, legales y técnicos –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir a su arbitrio, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su

consideración. Prerrogativa que encuentra fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio el cual dispone “Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, sin que ello conlleve la convalidación de cláusula abusivas expresamente prohibidas por el legislador al punto que se tendrán por no escritas, tal y como lo establece el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009.

Bajo el mismo derrotero, no puede perderse de vista que quien determina unilateralmente el contenido del contrato de seguro y fija previamente las condiciones generales es la aseguradora, para que sus clientes a su elección las acepten o las rechacen, esto por tratarse de relaciones contractuales en masa, que deben desarrollarse de manera estandarizada en su ejecución y operación y que se suscriben siempre entre el mismo contrayente y un gran número de personas.

Ahora bien, ni la facultad dada por la ley a las aseguradoras para la delimitación de los riesgos que ha de amparar, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, permiten a la compañía aseguradora sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección al consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009. Entre ellas, el deber de información predicable de dichas entidades vigiladas, conforme lo pregonan el literal c del artículo 7 de la Ley 1328 de 2009, y que por virtud del artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y artículo 871 del Código de Comercio, se encuentran incorporados en toda relación contractual de una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Sobre el particular, atendiendo que en el presente caso, la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de un riesgo asegurado en el marco de la obligación condicional del contrato de seguro, se debe proceder entonces –en principio- a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto al asegurado beneficiario como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, en virtud de la cual **corresponde al asegurado el demostrar la ocurrencia del siniestro**, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador el demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, de conformidad con la carga establecida en el mismo inciso primero del artículo 167 del Código General del Proceso, en el cual se establece “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.

Y es que tratándose de cargas procesales, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia recogida en varias ocasiones por la Corte Constitucional, en decisiones como el auto del 17 de septiembre de 1985 de Sala de Casación Civil, M.P. Dr. Horacio Montoya Gil, Sentencias C-279 de 2013 y C086 de 2016, son *“aquellas situaciones instituidas por la ley que comportan o demandan una conducta de realización facultativa, normalmente establecida en interés del propio sujeto y cuya omisión trae aparejadas para él consecuencias desfavorables, como la preclusión de una oportunidad o un derecho procesal e inclusive hasta la pérdida del derecho sustancial debatido en el proceso”*, la cual para el caso del contrato de seguro, corresponde con las condiciones aplicables al hoy demandante, así como la definición del amparo con las limitaciones invocadas por la pasiva.

Sobre este particular, respecto a la carga que posee el demandante como asegurado, en relación con la acreditación de la ocurrencia del siniestro, téngase de presente que en términos del artículo 1072 del Código de Comercio *“Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”*, por lo que se debe establecer cual es el riesgo asegurado que fue otorgado bajo la póliza objeto de estudio.

De conformidad con lo anterior, se aportaron al expediente las Condiciones particulares de la póliza de vida grupo 0221400000113694, clausulado que fue allegado por la aseguradora demandada, el cual no fue tachado ni desconocido por las partes.

En tal sentido cabe resaltar que, en el numeral 6.2 del citado documento aplicable al caso en concreto, se define el amparo de Incapacidad Total y Permanente como:

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA

ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

2. CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

Por consiguiente, el riesgo asegurado en la póliza de vida deudores en la que se encuentra asegurado el señor **EDWIN CIRO GIRALDO** respecto del amparo de incapacidad total y permanente, exige que la pérdida de capacidad laboral sea superior al 50%, que pueda sufrir el asegurado en vigencia del contrato de seguro, y que dicha incapacidad le impida “desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupacional”.

Son éstos los presupuestos de la definición del amparo que debe acreditar el asegurado para que se tenga por demostrada la ocurrencia del siniestro.

En estas condiciones, se tiene que, el demandante a la hora de soportar su solicitud de reclamación de la póliza que es materia de este proceso aportó el ACTA de la Junta Regional de Invalidez del Tolima No. 1047380377-50 del 17 de febrero de 2021, mediante la cual se le estableció al demandante una pérdida de capacidad laboral del 52.41%.

Expuesto lo anterior, se tiene probado en el proceso mediante la declaración efectuada por el mismo demandante en su interrogatorio de parte, que el señor **EDWIN CIRO GIRALDO** continúa trabajando como miembro activo de Ejército Nacional efectuando labores dentro del ejército nacional, lo que prueba que la incapacidad sufrida por el demandante no le impide desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupacional.

En esa medida, no se cumplen los presupuestos contenidos en la definición del amparo de Incapacidad Total y Permanente que se requieren para demostrar que el siniestro ocurrió, se insiste, en los términos del contrato de seguro que es materia de esta acción, y de contera en los términos de lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, al no hallarse demostrado el riesgo objeto del seguro como lo predica el artículo 1072 del mismo estatuto.

Así las cosas, a la luz de lo previsto en el artículo 282 del C. G. del P., se impone a la delegatura la declaratoria oficiosa de la excepción de *FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO* a favor de BBVA Seguros de Vida S.A., la cual da al traste con las pretensiones de la demanda respecto de la entidad aseguradora.

Ahora bien, en cuanto a la responsabilidad de la entidad financiera demandada, téngase en cuenta que, aunque le asiste legitimación al banco para ser convocado a la presente acción, en tanto que del contrato de mutuo celebrado están inmersos deberes de información y debida diligencia por disposición legal (art. 871 del C. de Cio. y artículos 3º y 5º de la ley 1328 de 2009), por cuanto fue al momento del ofrecimiento de este producto financiero y a través de su fuerza de ventas que se colocó la póliza que se reclama, para su demostración requiere que se cumpla con los presupuestos de la responsabilidad contractual: un contrato válidamente celebrado, el incumplimiento de este, el daño, el nexo de causalidad y finalmente el perjuicio.

Empero, la misma no se configura al no mediar precisamente el daño invocado, pues el no reconocimiento del amparo pretendido, como se expuso en precedencia obedeció a que no se acreditó la ocurrencia del siniestro, razón suficiente para dar al traste con las pretensiones de la demanda, declarándose probada de oficio la excepción de falta de acreditación de la responsabilidad civil contractual respecto de Banco BBVA S.A., la cual da al traste con las pretensiones de la demanda, sin que haya lugar a analizar los medios exceptivos invocados por aquella.

Finalmente, esta Delegatura no condenará en costas por no aparecer ellas causadas en el expediente.

Conforme con lo expuesto, la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO FUNDADA la excepción denominada por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** como “*Nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia en la declaración del estado de riesgo*” y **NO PROBADA** la denominada por BANCO BBVA S.A., como “*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA*”, de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADAS de oficio las excepciones de FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO y FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL RESPECTO DE BANCO BBVA S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: NEGAR en consecuencia las pretensiones de la demanda.

CUARTO: Sin condena en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

80010-COORDINADOR DEL GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

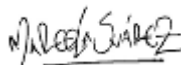
Copia a:

Elaboró:

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

Revisó y aprobó:

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

Superintendencia Financiera de Colombia DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES Notificación por Estado
La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado Hoy <u>20 de septiembre de 2023</u>  MARCELA SUÁREZ TORRES Secretario