

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2022181276-054-000



Fecha: 2023-11-02 21:36 Sec.día2572

Anexos: No

Trámite::506-FUNCIONES JURISDICCIONALES  
Tipo doc::576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE  
Remite: 80010-6-80010-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 : 2022181276-054-000  
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES  
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE  
Expediente : 2022-5070  
Demandante : OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN  
  
Demandados : BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
  
: BBVA COLOMBIA S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 19 de octubre del año 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

El señor **OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN** por conducto de apoderado, formuló acción de protección al consumidor de la cual da cuenta los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y artículo 24 del Código General del Proceso en contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y **BBVA COLOMBIA S.A.**, pretendiendo el pago de la indemnización en afectación al amparo de incapacidad total y permanente superior al 50% dictaminada al señor demandante, pagando el saldo insoluto de la obligación adquirida por el actor con el **BANCO BBVA S.A.**, para la fecha de estructuración 8 de febrero de 2022 y a pagar los intereses moratorios correspondientes, así como la exoneración o condonación de la deuda a cargo del banco y condena en costas y agencias en derecho a las demandadas.

Demandada que fue inadmitida mediante auto que reposa en el derivado 003 del expediente, requiriendo al actor para que aportara la reclamación realizada a la aseguradora demandada, mediante memorial y anexos que reposan en los derivados 006 y 007 se allegó subsanación de la demanda y se admitió la misma mediante auto que reposa en el derivado 009.

Admitida la demanda, fueron debidamente notificadas las demandadas, quienes se opusieron en oportunidad a las pretensiones de la demandada con la formulación de sendas excepciones de mérito, de

las que se le corrió traslado a la parte actora como consta en el derivado 021 quien recorrió en término las excepciones, solicitó pruebas y presentó tacha de falsedad respecto del documento declaración de asegurabilidad, ingresando el proceso al Despacho para fijar fecha de audiencia (derivado 025), posteriormente se convocó a las partes a audiencia inicial precisando que se agotaría la etapa de la conciliación de conformidad con la regla sexta del artículo 372 al cual remite el artículo 392 del Código General del Proceso, la cual se declaró fallida y se convocó a las partes para la continuación de la audiencia como consta en el archivo de audio y vídeo adjunto al acta de audiencia que reposa en el derivado 034, en día y fecha y hora convocadas la parte actora no se hizo presente en la diligencia habiendo solicitado aplazamiento de la audiencia mediante memoriales allegados mediante correos electrónicos adjuntos con el acta de la audiencia, se aceptó la solicitud de aplazamiento fijando nueva fecha y hora para continuar con la audiencia.

Agotadas las etapas procesales de que trata el artículo 392 el cual remite a los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, procede el despacho a resolver en derecho la controversia planteada, de conformidad con las pruebas legal y oportunamente allegadas al plenario y las disposiciones que regulan tanto al contrato de seguro como a la actividad aseguradora, ante la ausencia de discusión sobre la naturaleza del contrato base de controversia.

Para este propósito, encontrándose reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, partiendo de la competencia otorgada a la Delegatura conforme con los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, en virtud de la cual 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 invocada por la actora y que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011 ha denominado Acción de Protección al Consumidor; corresponde al Despacho establecer si le asiste responsabilidad contractual a **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y/o a **BBVA COLOMBIA S.A.** en virtud de la póliza de vida grupo deudor tomada por BBVA COLOMBIA en el que fue vinculada la señora OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN en virtud del crédito de consumo identificado con el número terminado en \*\*\*\*5711 respecto del amparo de incapacidad total y permanente con ocasión del dictamen de la Junta Médica de Sanidad del Ejército Nacional identificado con el número 212506 fechado del 8 de febrero de 2022 mediante el cual se le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 52.34% y si en virtud de ello se accede o no a las pretensiones de la demanda

Al respecto, siendo pacífico entre las partes la existencia del contrato de seguro que sirve de fundamento de la acción, es del caso advertir el mismo corresponde a un contrato de seguro, el cual se encuentra regulado en el Código de Comercio en el Título V del LIBRO CUARTO, artículos 1036 al 1162, así como a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, entre otras disposiciones, debiéndose resaltar en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado por esta, por la Ley 1480 del 2011 – Estatuto del consumidor-, atendiendo a que la actividad aseguradora presenta un interés público cuya actividad en el territorio nacional se encuentra restringida y regulada.

Debiendo resaltar que dentro de las citadas disposiciones, el artículo 1056 del Código de Comercio faculta a las compañías de seguros para que atendiendo unos parámetros económicos, legales, técnicos y actuariales –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración, al disponer que, *“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”*.

Siendo expresión de la citada potestad, la posibilidad de determinar los riesgos cuya materialización entran a ser amparados por las entidades aseguradoras al momento de otorgar la cobertura, fuera mediante la definición del amparo o mediante el pacto de condiciones contractuales encaminadas a delimitar determinado riesgo, como fueran las exclusiones a las coberturas, las cuales al ser convalidada por el tomador del seguro, y aceptada por el asegurado, se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio.

Ahora bien, dado el escenario de protección constitucional en que se ejerce la acción de la referencia, y partiendo de los planteamientos efectuados por los opuestos procesales en sus diferentes intervenciones, se debe insistir que ni la facultad de delimitación de los riesgos dada por la ley a las aseguradoras, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, les permiten a las entidades sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección del consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009.

Por lo que sea del caso reiterar lo expuesto por esta Superintendencia en diferentes decisiones, sobre la especial protección que le resulta exigible a la aseguradora frente a los deberes que para la protección de los consumidores estableció el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en sus artículos 100 y 184, así como la Ley 1328 de 2009, en particular las obligaciones de *“Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos”* y *“Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado”* de conformidad con lo dispuesto en los literales b) y c) del artículo 7.

Y es que atendiendo al interés público que cobija la actividad aseguradora, es que el contrato incorpora las citadas regulaciones especiales en protección del consumidor, que resultan de imperativo cumplimiento para la entidad vigilada por la SFC, y constituyen lineamientos dentro de los cuales se cumplen las obligaciones contractuales pactadas, comoquiera que se trata de derechos del consumidor financiero protegidos *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*, como lo establece el artículo 5 de la misma ley.

En efecto, ha sostenido la Corte Constitucional en sentencia C-640 de 2010, respecto a la luz del régimen de protección al consumidor financiero:

*“...la actividad financiera, bursátil y aseguradora es, pues, una actividad esencial para el desarrollo económico; constituye principal mecanismo de administración del ahorro del público y de financiación de la inversión pública y privada y está fundada en un pacto intangible de confianza. Se trata de la confianza por parte de los usuarios en que las obligaciones derivadas de la respectiva obligación serán rutinariamente satisfechas. Y esa confianza está a su vez cimentada en una regulación adecuada y en la convicción pública de que las entidades que hacen parte del sistema están vigiladas técnica y profesionalmente”.*

Ya en punto de la actividad aseguradora, en la citada providencia, la Corte Constitucional, remitiéndose a lo dicho en la sentencia C-409 de 2009, afirmó que el mecanismo de previsión del riesgo que ofrece el sector asegurador formal:

*“se fundamenta en el propósito de cumplir con la función social consistente no sólo en proteger el patrimonio del asegurado o amparar a los beneficiarios del seguro por los daños que ocasionó la ocurrencia del hecho riesgoso cubierto (que ya es mucho), sino en proteger la confianza y la seguridad que reclama la economía de mercado y en general el desenvolvimiento de la vida social y económica del mundo contemporáneo, intangibles valiosos propios a toda sociedad*

*con un estadio medianamente avanzado de civilización, y por los cuales los seguros en general, representan aspectos vitales en las relaciones humanas”.*

Así entonces, el ejercicio de la actividad aseguradora conlleva implícitamente el cumplimiento por parte de la entidad que a ello se dedica profesionalmente, de los deberes especiales que le son exigibles, correlativos al beneficio que ésta recibe por la prestación de sus servicios.

Bajo el anterior marco conceptual, téngase de presente que el acceso a la información adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que en relaciones de consumo que surgen tanto de este tipo de negocio jurídico como de cualquier otro, el derecho a recibir información oportuna, clara, precisa e idónea es un derecho del consumidor, cuya prevalencia tiene sus cimientos desde la Constitución Nacional misma, cuando en su artículo 78 estatuyó que *“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”*, postulado que se desarrolló en el ya varias veces citado título primero de la Ley 1328, donde a su vez se destaca, dentro de la contratación financiera, la obligación según la cual la información debe ser *“cierta, suficiente y oportuna”* y, en particular, que la que *“se suministre previamente a la celebración del contrato, deberá permitir y facilitar la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado”* para que *“el consumidor comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio”*, al punto que el incumplimiento de la obligación da derecho al consumidor financiero *“de finalizar el contrato sin penalidad alguna, sin perjuicio de las obligaciones que según el mismo contrato deba cumplir”* (artículos 9 y 10).

De allí la importancia, que, en relación con el contrato de seguro, no sólo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza sino del conocimiento y oportunidad que de las mismas deba brindarse a los consumidores por parte de las entidades aseguradoras, esto con el fin que tengan la oportunidad de optar, en caso de insatisfacción de sus necesidades, por emprender las acciones correspondientes, sin que tal deber pueda ser delegado en un tercero como pudiera ser el tomador de la póliza.

Lo anterior sin perjuicio de las prácticas de protección propia de los consumidores, a quienes corresponde, conforme el literal b) del artículo 6° de la norma en comento que dispone *“Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas”*. De lo anterior, se concluye que existen obligaciones tanto en cabeza de las entidades vigiladas de cumplir con lo ofertado, como de los consumidores, que deben informarse sobre los productos que piensan adquirir o emplear, todo ello en el marco del contrato suscrito entre las partes y siempre que sus disposiciones no conlleven cláusulas abusivas que restrinjan los derechos del consumidor financiero ni releven de responsabilidad a la entidad vigilada.

Y es que, en cuanto al deber de información se refiere, se tiene que el consumidor debe recibir información cierta, veraz y oportuna, a fin de menguar el desequilibrio existente entre las entidades financieras y aseguradora con el consumidor financiero. En palabras de la Corte Constitucional en sentencia T-136 del 2013 ***“DERECHO DE INFORMACION EN EL SISTEMA FINANCIERO Y ASEGURADOR-Prohibición de cláusulas y prácticas abusivas. El acceso completo, veraz y oportuno a la información -que es una condición elemental, inherente a toda actividad de consumo- adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales.***

*Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”.*

A lo anterior, ha de sumarse lo referente a la debida diligencia que se requiere de las entidades vigiladas, soportadas en el principio contenido en el literal a) del artículo 3 de la Ley 1328 de 2009, en virtud del cual *“Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, los siguientes: a) Debida diligencia. Las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, a fin de que estos reciban la información y/o la atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones. En tal sentido, las relaciones entre las entidades vigiladas y los consumidores financieros deberán desarrollarse de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas ... c) Transparencia e información cierta, suficiente y OPORTUNA. Las entidades vigiladas DEBERÁN SUMINISTRAR A LOS CONSUMIDORES financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas”.*

Aspecto que ha sido igualmente refrendado por el Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil en sentencia del 3 de diciembre del 2021, Magistrado Ponente Ricardo Acosta Buitrago, expediente 11001-31-99-003-2020-01643-01 que conoció en segunda instancia el recurso de alzada contra la sentencia proferida por esta Delegatura en el expediente 2020-1643, al indicar lo siguiente:

*“1. Esta causa se promovió como una acción del consumidor financiero, luego su análisis se debe agotar con atención a los principios que informan esta clase de asuntos, según lo dispuesto por las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011. En particular se destacan, del Título I de la primera regulación, contentivo del “régimen de protección al consumidor financiero”, que su artículo 3 consagró i) la debida diligencia que las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, lo que implica que, en el desarrollo de sus relaciones, “se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas” (literal a) y ii) la obligación de transparencia que les impone “suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigilada” (literal c, ibídem), sin perjuicio de otras disposiciones aplicables al respecto.*

*A su vez, el artículo 7 asignó a las entidades vigiladas obligaciones en torno al producto que ofrecen, como “suministrar información comprensible y publicidad transparente clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado” (lit. c) y “elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación...” (lit. f). Esto encuentra eco en el artículo 23 de la Ley 1480 de 2011, al consagrar que “los proveedores y productores deberán suministrar a los consumidores información, clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre los productos que ofrezcan (...)”.*

*Las citadas disposiciones evidencian que “el consumidor ostenta una posición de especial protección en las relaciones jurídicas, cuya salvaguarda debe estar garantizada por el*

ordenamiento jurídico”, al reconocer “la existencia de asimetrías negócias asociadas a la dinámica propia del mercado”.

*Específicamente, sobre el acceso completo, veraz y oportuno a la información, como condición elemental, inherente a toda actividad de consumo, ha dicho la Corte Constitucional que ... “adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”.*

*Por otra parte, la Corporación (Corte Constitucional) explicó: “entre los principios que deben regir las relaciones de las entidades financieras y los consumidores, según lo establece el literal a) del artículo 3 de la ley 1328 de 2009, se encuentra el relativo a la debida diligencia. De tal principio se deriva un verdadero derecho subjetivo del consumidor financiero a ser atendido de forma respetuosa. Ello implica que el comportamiento de las entidades financieras debe orientarse a la satisfacción de las necesidades del consumidor de conformidad con la oferta, el compromiso y las obligaciones acordadas”.*

Lo anterior aunado a lo expuesto por la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia: SC3791-2021. Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01. 1º de septiembre de 2021.

*“El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador. Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato» 11. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde armar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la incidencia del hecho en la emisión del consentimiento”.*

Así las cosas, para el caso en cuestión, no solo se debe estar a las disposiciones que regulan al contrato de seguro, sino a las que establecen las condiciones de la actividad dentro del que se enmarca el de protección al consumidor, demás aplicable en el presente caso, atendiendo a que el actor como asegurado del amparo pretendido tiene la calidad de consumidor financiero. Elemento relevante en cuanto el desconocimiento o insatisfacción de obligaciones derivadas del negocio jurídico o de cualquier convención válida, imponen a la parte incumplida la carga de las consecuencias desfavorables, situación que en la doctrina y la jurisprudencia se ha denominado como “responsabilidad contractual”, en cuyo marco se analizará el caso concreto atendiendo la competencia de la Delegatura.

Definido lo anterior, en cuanto a la información suministrada al consumidor asegurado hoy demandante, se tiene que en los hechos de la demanda y en el interrogatorio de parte rendido en audiencia manifestó que no fue informado sobre el contrato de seguro adquirido, que él firmo esos documentos para un

presunto estudio de crédito que había solicitado por sesenta millones de pesos (\$60.000.000) y que firmó los documentos sin diligenciar que la asesora le indicó para avanzar en el trámite del crédito, situación que no fue desvirtuada por la asesora comercial escuchada en interrogatorio, toda vez que manifestó que no recordaba conocer al señor demandante OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN, así como tampoco reconoció que fuera su letra la que aparece en la solicitud de seguro aportada al proceso en las casillas diligenciadas del formulario que el señor demandante manifestó que tampoco diligenció, en tal sentido no se demostró que el señor demandante fue consultado por la asesora sobre su estado de salud para responder el formulario de declaración de asegurabilidad, lo cual es coherente con lo manifestado por el señor demandante en interrogatorio de parte respondiendo las preguntas de la apoderada de la aseguradora, cuanto a que él es “rengo” lo que significa cojo, que camina con caminador, bastón o agachado condición física visible que padecía con anterioridad al momento de vincularse al contrato de seguro objeto del litigio (derivado 044 grabación 1 de 2 minutos 0:28:50 al 00:30:54), situación que pudo evidenciarse por la asesora comercial que comercializó el contrato de seguro, lo anterior, aunado a el señor demandante también había sido diagnosticado con obesidad aproximadamente 10 años antes al año 2021, como se cita en el dictamen pericial allegado por la aseguradora y que reposa en el derivado 022.

Encontrando el despacho que la precitada situación se enmarca en el conocimiento presuntivo que debió tener la aseguradora ante la condición física evidente del asegurado, expuesto por la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante Sentencia SC-167-2023-2019-00025-01, situación que conlleva a que no se haya demostrado en el presente proceso la información que debió suministrar la aseguradora demandada al consumidor demandante, por lo que se tendrán como no probadas las excepciones intituladas como: “AUSENCIA DE INFORMACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL” y “INFORMACION AL CONSUMIDOR FINANCIERO” propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Definido lo anterior y el marco normativo, identifica el despacho que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto a la asegurada/beneficiaria como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo que procede entonces el Despacho al estudio de los motivos de inconformidad expuestos por la demandada, los cuales se tradujeron en los medios exceptivos propuestos por la aseguradora y analizado el presente caso a la luz del citado precepto normativo, tenemos que la controversia tiene por fuente la afectación del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza del contrato de seguro vida grupo deudores número 110043 certificado individual en el que fungió como asegurado el señor OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN en calidad de deudor del crédito de consumo identificado con el número terminado en \*\*\*\*5711 cuyo tomador es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Al respecto, toda vez que de conformidad con el artículo 1046 del Código de Comercio, el contrato de seguro se prueba por confesión o por escrito, mediante la póliza de seguro, que contiene la información y documentales enunciadas en los artículos 1047 y 1048 de la misma codificación, vistas las documentales allegadas al plenario sin que fueran desconocidas en su oportunidad por los opuestos procesales, se encuentra que el aludido seguro, corresponde a los denominados seguros de grupo, catalogado como colectivo, en donde una persona natural o jurídica a nombre de terceros o con el fin de amparar un interés particular, asegura simultáneamente y bajo una misma póliza a un número plural de riesgos (en este caso el señor demandante), sin que las infracciones respecto de una de las personas o intereses afecten a los demás, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 1064 del Código de Comercio.

Ahora bien, visto que las partes tuvieron como hecho probado los siguientes:

1. El señor OSCAR BARRETO celebró un contrato de crédito de consumo identificado con el numero terminado en 5711 por el valor 48.300.000 con BBVA COLOMBIA S.A.
2. El señor OSCAR BARRETO firmó el documento intitulado como solicitud certificado individual de seguro.
3. Con ocasión del crédito solicitado el señor OSCAR BARRETO fue vinculado como asegurado a la póliza de vida GRUPO deudores identificada con el numero 110043 tomada por BBVA COLOMBIA S.A. con BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. certificado individual en el que fue asegurado.
4. Mediante acta de junta médica numero 212506 registrada en la Dirección de Sanidad del Ejercito fechada del 8 de febrero de 2022 le fue dictaminada una Pérdida de Capacidad Laboral del 52.34% al señor OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN.
5. Que el contrato de seguro de vida grupo deudor certificado individual en el que funge como asegurado el señor demandante se encontraba vigente para el mes de febrero de 2022 y en la actualidad continua vigente.
6. Que el 2 de junio de 2022 el señor demandante presentó solicitud de afectación de la póliza de seguro de vida grupo deudores amparo de incapacidad total y permanente en las instalaciones de la entidad financiera BBVA COLOMBIA S.A.
7. Que la aseguradora mediante comunicación fechada del 16 de julio 2022 objetó la reclamación.

Por lo anterior, se tiene que la existencia de dicho contrato de seguro en el que el demandante fungió como asegurado y BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. como aseguradora, respecto del contrato de crédito identificado con el número terminado en \*\*\*\*5711 adquirido por el actor con BBVA COLOMBIA S.A. y que para la vinculación de la asegurada se tuvo en cuenta la declaración de asegurabilidad fechada del 24 de diciembre de 2019.

Citado lo anterior, se tiene que la aseguradora fundamentó la excepción intitulada como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO SUSCRITO ENTRE MI PODERDANTE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y EL SEÑOR OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN,*” en que el asegurado hoy demandante dejó de informar a la aseguradora respecto de su estado de salud, en la declaración de asegurabilidad, se procede a su estudio inicial.

Y para este propósito se tiene que en interrogatorio de parte practicado al demandante, se informó que cuando adquirió el contrato de crédito identificado con el número terminado en \*\*\*\*5711 padecía de hipertensión y que era “rengo” que tenía que caminar con apoyo de caminador, de bastón y agachado debido a su dolencia lumbar y que no se le preguntó sobre su estado de salud, que solo le fue requerida su firma para el estudio de crédito que el cree que estaba tramitando, así mismo manifestó que la letra que aparece en el formulario de asegurabilidad aportado al proceso no era suya, así mismo, manifestó que no sabía que estaba solicitando un contrato de seguro, razón por la cual no leyó no se dio cuenta de que en dicha documental se le estaba consultando su estado de salud. Así mismo, respondió que conoció del contrato de seguro objeto del litigio, hasta que recibió su calificación de perdida de capacidad laboral

y sus compañeros de trabajo le informaron que con la calificación podría afectar las pólizas que amparan los créditos tomados con las entidades financieras.

En igual sentido, la asesora comercial que compareció a rendir testimonio decretado de oficio por el despacho, manifestó que no recuerda exactamente como se dio la comercialización del contrato de seguro, tampoco recordó que conociera al señor Oscar Armando Barreto Teran, con ocasión del tiempo transcurrido y de la cantidad de personas que atiende, sin embargo, cuando se le exhibió la solicitud individual de seguro no reconoció que la letra con la que se diligenció fuera la suya, aunado a que el actor manifestó que cuando firmó el documento estaba solo con la asesora por lo que no estuvo una persona de confianza que pudiera leerle los documentos, como normalmente lo hace porque no lee bien, situación que conllevó a que no se demostrará el cumplimiento del deber de información que le asiste a la aseguradora.

Lo anterior aunado a que si bien se demostró la existencia de enfermedades padecidas por el actor antes del inicio de vigencia del contrato de seguro como: Hipertensión arterial padecida desde hace 10 años, accidente de tránsito en el 2005 en el sufrió un aplastamiento con acúñamiento del 20% y la lumbalgia crónica que le genera que camine con dificultad, obesidad, entre otras que la aseguradora argumenta que si hubiese tenido conocimiento hubiese extraprimado el amparo básico de vida y se hubiese abstenido de otorgar el amparo de incapacidad total y permanente.

Con todo, llama la atención lo aludido por el demandante en una de sus pretensiones, en cuanto a que la misma solicitud o certificado individual seguro menciona “*se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión entre otros)*”, expresión que luce contradictoria con el señalamiento de manifestar el real estado del declarante y precisamente en materia de su estado de salud y que a la luz del artículo 34 de la ley 1480 de 2011 ofrece duda acerca de cuál era el alcance de la misma, debiendo entonces interpretarse lo así dicho en favor del consumidor, es decir, que no estaba este obligado a manifestar datos acerca de su salud si ello no era su querer, pues la misma aseguradora le estaba indicando que era facultad suya el hacerlo en el mismo documento con el cual se pretende demostrar su reticencia.

Al respecto, se tiene que la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante Sentencia SC-167-2023-2019-00025-01, Recordó los elementos de interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio Colombiano, norma en la que la pasiva funda su excepción, estableciendo lo siguiente:

*“4.- Con relación a la interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, la jurisprudencia de esta sala ha determinado las siguientes subreglas: (i) el precepto incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo; (ii) dicha prestación es entendida como una aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil<sup>1</sup>; (iii) la buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado implica la legítima creencia de la corrección del par negocial, por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución<sup>2</sup>; (iv) la declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado<sup>3</sup>; (v) la manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador; (vi) la carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora; (vii) de mediar cuestionario, la mendacidad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento<sup>4</sup>; (viii) si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto con culpa circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo; (ix) si el asegurador se*

*abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó<sup>5</sup>; (x) si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió*

*pactarse de conocerse el estado del riesgo; (xi) las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente<sup>6</sup>.*

**4.1.- La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal en la durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.**

*4.2.- Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas.*

*4.3.- Empero, al realizar este test, debe tenerse presente una pauta hermenéutica que parte de entender que el instituto del consentimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar.*

*En este punto, se destaca, por su mayor claridad, la exposición sobre el tópico contenida en la sentencia SC de 11 de abril de 2002, Exp. 6825, donde se acotó que:*

*«Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con la nulidad del seguro las declaraciones viciosas que le impidieron conocer el real estado del riesgo, le exige que sea diligente, que use de esos especiales conocimientos que debe de tener en razón de ser un profesional, a fin de percatarse del real estado del riesgo, lo cual conlleva en muchas ocasiones un análisis de delicado equilibrio por parte del juzgador a efectos de que no quede en letra muerta la sanción de la nulidad relativa por reticencias so pretexto de que el asegurador no indagó por sí mismo por el real estado del riesgo, pues ésta no es obligación que la ley le imponga, sino deber profesional que es dable sopesar en cada caso, mediante un análisis obviamente posterior, pero en el cual el juzgador debe mentalmente ubicarse antes del perfeccionamiento del contrato de seguro, a fin de verificar cómo debió haber actuado el asegurador frente al riesgo que se le propuso asumir. De allí que la Corte, en reciente ocasión haya señalado que “le corresponde al intérprete del seguro, en particular al juzgador del contrato, evaluar cuidadosa y racionalmente la conducta asumida por los extremos de la relación negocial a lo largo del iter contractual, con el propósito de establecer en primer lugar, si en efecto el tomador quebrantó la carga de declarar fidedignamente los hechos o circunstanciasu determinantes del estado del riesgo. Y en segundo término, sólo en caso de que sea conducente, si no obstante existir un vicio en la declaración de asegurabilidad, el asegurador conoció o debió conocer –por su calificado oficio- los hechos que le sirvieron*

*de apoyatura, todo sin perjuicio del tópico de la carga de la prueba» (Sentencia del 2 de agosto de 2001, Exp. 6146)” (negrilla fuera del texto original)*

Por lo anterior y de conformidad con la condición física del asegurado hoy demandante al momento de vincularse al contrato de seguro objeto del litigio, en cuanto a su dificultad para caminar y la obesidad son circunstancias que pudo advertir la asesora comercial quien comercializó el contrato de seguro y allí se pudo dar el conocimiento presuntivo del profesional del seguro entidad cuyo objeto social es asumir riesgos recibiendo como pago la prima, circunstancia que informar a la aseguradora.

Ahora bien, con el dictamen allegado al proceso por la aseguradora y que reposa en el derivado 022 del proceso y la contradicción del mismo surtida en audiencia, el perito manifestó que para su ejercicio tuvo en cuenta las políticas de la entidad de la aseguradora, lo cierto es que a la actuación se allegaron las mismas y que estaban vigentes para mayo de 2016, 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 017 anexo “POLÍTICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE VIDA VINCULADOS A CRÉDITOS”, así:

Numeral 6 Reticencia:

*“Se refiere al hecho de no declarar el real estado de salud. El asegurado tiene la obligación y el deber de informar cabalmente al asegurador sobre todas las circunstancias que permiten avaluar precisamente los riesgos. Cuando un cliente no declara sinceramente su estado de salud se sanciona con nulidad del seguro aun cuando haya mediado buena fe de parte del estipulante.”*

Numeral 6.1 Consecuencias de la reticencia:

*“La reticencia es la omisión o inexactitud sobre hechos o circunstancias que no se hayan declarado en el contrato y por lo tanto no se acuerden condiciones más onerosas producto de ésta (extraprima). La reticencia produce la nulidad relativa del seguro, con lo cual se pierde totalmente la cobertura. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero la Aseguradora sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo. Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, el cliente perderá las coberturas y en caso de siniestro las reclamaciones serán objetadas, generando demandas hacia el Banco y la Compañía Aseguradora. Es por esto que el Ejecutivo de la Red Comercial y/o FFVV, debe ser muy claro y recomendar al cliente que las preguntas sean contestadas con completa honestidad.”*

Numeral 6.2.1 Relación peso altura:

*“La relación entre peso y altura de un cliente se establece de la siguiente manera: De acuerdo con la altura el cliente puede estar en el rango de -20 kilogramos o +20 kilogramos el valor sugerido de peso. Por ejemplo:*

*Estatura: 160 cms Peso ideal: 60 kgs Peso máximo: 80 Kgs (60+20) Peso mínimo: 40 Kgs (60-20) Si un cliente llegase a romper esta relación debe practicarse exámenes médicos (ANEXO 4 - AUTORIZACIÓN MÉDICA) o informar el caso a la aseguradora para la aprobación de la póliza de vida deudores ya que entraría en sobre peso o posible desnutrición, lo cual conllevaría a otra posible relación de enfermedades derivadas de esto.”*

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 OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN, o la conclusión de una imposibilidad de celebrar el contrato de seguro con aquel en razón de su estado de salud para dicha época.

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 retención, 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 confundida, 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 asegurando”.*

Expuesto lo anterior no está probado cuál 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, además no se acreditan cuáles eran las políticas aplicables por la aseguradora con respecto a los padecimientos de Hipertensión arterial, Obesidad, Espondilosis y osteocondrosis cervical con secuela de cervicalgia crónica, hipoacusia neurosensorial severa de oído derecho, meniscopatía y condrosis femoro tibiales rodilla

izquierda asociado a lesión Condral y defecto cortical fibroso rodilla derecha con secuela Gonalgia bilateral, trauma facial en 2005 con fractura del suelo de la órbita, fractura nasal y fractura de la órbita, antecedente de accidente de tránsito con fractura por aplastamiento con acúñamiento del 20% y trastorno del disco lumbar sin Radiculopatía de L1 con artrosis T12-L2 con secuela de lumbalgia crónica, para el mes de diciembre de 2019 frente a la póliza de vida grupo deudores relacionada con los créditos garantizados.

Además, las atestaciones de la 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, cuáles 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 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, la Delegatura declarará infundada la excepción denominada por la aseguradora como *“NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO SUSCRITO ENTRE MI PODERDANTE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y EL SEÑOR OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN.”*

Superado lo anterior y de conformidad con el artículo 1077 de Código de Comercio Colombiano, atendiendo que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto a la asegurada/beneficiaria como a la aseguradora en la precitada norma, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo anterior, se tiene para el caso en concreto que los términos del amparo que se pretende afectar establecen que se en el cual se pactó el amparo de incapacidad total y permanente en los siguientes términos:

en el que se pactó el amparo de incapacidad total y permanente en los siguientes términos:

***“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 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.”*

De conformidad con las documentales aportadas por la aseguradora con la contestación de la demanda y en atención a las pruebas de oficio decretadas, documentales no tachadas o controvertidas por las partes. (aportado con la contestación de la demanda derivados 017 y 018 del expediente)

Así mismo, se encuentra probado que el valor asegurado del saldo de la deuda para la fecha de calificación, esto es el mes de febrero del año 2022 correspondía al valor de TREINTA Y NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON NOVENTA CENTAVOS (\$39,181,958.90) como consta en las documentales allegadas por la entidad financiera con la contestación de la demanda que reposa en los derivados 019 y 020 del expediente.

Precisado lo anterior, se evidencia que el demandante aportó el dictamen identificado con el número 212506 fechado del 8 de febrero de 2022, emitido por la Dirección de Sanidad del Ejército mediante el cual le fue dictaminada una pérdida de capacidad laboral del cincuenta y dos punto treinta y cuatro por ciento (52.34%) de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por una entidad debidamente facultada para tal fin de conformidad con los lineamientos del régimen especial al que pertenece el señor demandante, documento que goza de presunción de legalidad y firmeza, por lo que en el presente proceso no es objeto de controversia su validez y en tal sentido se encuentra probado que la actora fue calificada con una pérdida de capacidad laboral superior al cincuenta por ciento (50%) en vigencia del contrato de seguro objeto del litigio.

Respecto de la cuantía, se tiene como valor asegurado el saldo insoluto para la fecha de la calificación para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, situación que conlleva a que el asegurado hoy demandante haya demostrado ocurrencia y cuantía en el presente proceso, aunado a lo anterior, se tiene el riesgo asegurado se concentra en la pérdida de capacidad laboral superior al 50%, en tal sentido, se tiene que si bien el asegurado antes de ingresar a la póliza presentaba patologías y afectaciones en su estado de salud, lo cierto es que esto no significa que haya ingresado con una pérdida de capacidad laboral dictaminada o diagnosticada, siendo esta última la realización del riesgo asumido por la aseguradora demandada, en tal sentido no podría decirse que una patología per se conlleva a la existencia del siniestro por fuera de la póliza, ya que en el presente proceso quedó plenamente demostrado que la calificación se dio en vigencia del contrato de seguro.

Seguidamente, sobre la pretensión fundada en el artículo 1080 del Código de Comercio mediante la cual se busca que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de los intereses moratorios causados desde mes siguiente a la reclamación presentada por la demandante, la cual se radicó el 2 de junio del año 2022, hecho que se tuvo relevado de prueba por las partes, respecto de la cual el mes siguiente se encontraría a partir del 2 de julio del año 2022, lo que conlleva a tener como probada la fecha desde la cual se pretende el pago de los intereses de que trata la norma en cita, por lo que visto que el saldo

insoluto de la deuda para la fecha de ocurrencia del siniestro supera el saldo actual de la deuda, de conformidad con el histórico de pagos allegado al proceso con la contestación de la demanda de la entidad financiera y la certificación del estado de la deuda aportados en los derivados 049 y 050, teniendo en cuenta que el actor continuo pagando el crédito y encontrándose al día en dicha obligación, se concederá la pretensión tercera de la demanda, pagaderos al señor demandante OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN. Situación que conlleva a la inexorable conclusión de tener como probada parcialmente la excepción intitulada como: “*BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO*”, no probada la excepción de “*INEXISTENCIA DE MORA POR PARTE DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.*” y probada la intitulada como “*LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA*” propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

En consecuencia, se condenará a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al reconocimiento de la suma de TREINTA Y NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON NOVENTA CENTAVOS (\$39,181,958.90) y a los intereses correspondientes calculados desde el 2 de julio del año 2022 al beneficiario oneroso de la póliza hasta el saldo insoluto actual de la deuda identificada con el número terminado en \*\*\*\*5711 de titularidad del señor demandante y el valor que exceda dicho saldo se pagará al señor OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN.

Superado lo anterior, procede el despacho a analizar la responsabilidad de la entidad financiera BANCO BBVA S.A. respecto del crédito de consumo identificado con el número terminado en \*\*\*\*5711, se evidencia que de este surgen obligaciones a cargo de la consumidora financiera, por lo que encuentra el Despacho que la presente controversia gira en torno a un contrato de mutuo o crédito financiero, que se encuentra definido en el artículo 2221 del Código Civil como aquél en el cual: “... *una de las partes entrega a la otra cierta cantidad de cosas fungibles con cargo a restituir otras del mismo género y calidad*”. Esta definición resulta aplicable al ámbito mercantil, al tenor de lo dispuesto por el artículo 822 del Código de Comercio, salvo que en esta materia, el contrato es por naturaleza remunerado. En cuanto a las prestaciones que surgen para los intervinientes en un contrato de mutuo, ha dicho la doctrina que para el **mutuante**, en este caso la entidad financiera, la única obligación que surge es la de carácter constitutivo, cual es la entrega del dinero – oportunidad en la que nace el contrato mismo – mientras que para el **mutuario** lo es el pago de la remuneración convenida y la restitución de la suma mutuada. (RODRÍGUEZ Azuero, Sergio, *Contratos Bancarios*, Sexta Edición, Editorial LEGIS, reimpresión 2011, pág. 466).

Así las cosas, se encuentra el despacho probado y reconocido por las partes que la demandante pagó la totalidad del crédito en febrero del año 2022, por lo que cumplió con la obligación de pago respecto de la entidad financiera identificada con el número terminado en \*\*\*9926, contrato que es ley para las partes de conformidad con Condiciones estas, que, al ser convalidada y aceptada por la deudora, se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio. Así mismo, se demostró que la entidad financiera gestionó lo tendiente a vincular a la deudora a su póliza de vida grupo, requiriendo la declaración de asegurabilidad estudiada y si bien, no se demostró la debida diligencia frente a la información dada a la aseguradora, esto no significa per se la demostración de un daño atendiendo los elementos axiológicos de la responsabilidad, por lo que no se encuentra acreditada la responsabilidad del banco por parte de la actora, encontrándose probada así la excepción de “*INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL FRENTE A BANCO BBVA.*” Propuesta por la entidad financiera demandada.

Situación que lleva al traste las pretensiones del presente proceso respecto de la entidad financiera, absteniéndose de analizar los demás medios exceptivos formulados de conformidad con lo establecido en el inciso tercero del artículo 282 del Código General del Proceso.

Finalmente, esta Delegatura se abstendrá de condenar en costas, toda vez que las mismas no aparecen causadas, de conformidad con lo establecido en el numeral 8º del artículo 365 del Código General del Proceso.

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,

Finalmente, no se condenará en costas a la pasiva a favor de la demandante por aparecer probadas en el proceso.

En consecuencia, 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 PROBADAS** las excepciones denominadas por la entidad aseguradora demandada como: “*AUSENCIA DE INFORMACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL*”, “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO SUSCRITO ENTRE MI PODERDANTE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y EL SEÑOR OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN.*”, “*INFORMACION AL CONSUMIDOR FINANCIERO*” e “*INEXISTENCIA DE MORA POR PARTE DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.*” propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., por lo anteriormente expuesto.

**SEGUNDO: DECLARAR PROBADAS** las excepciones tituladas como: “*INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL FRENTE A BANCO BBVA*” propuesta por BBVA COLOMBIA S.A. y la propuesta como: “*LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA*” y parcialmente probada la planteada como “*BENEFICIARIO A TITULO ONEROSO*”, propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

**TERCERO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE** a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. por el incumplimiento del contrato de vida grupo deudores identificado con el número terminado en \*\*\*5711 al negar el reconocimiento y pago del amparo básico de incapacidad total y permanente al señor asegurado demandante OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN.

**CUARTO: CONDENAR** a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de la suma de TREINTA Y NUEVE MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON NOVENTA CENTAVOS (\$39,181,958.90) al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. hasta cubrir el saldo insoluto de la obligación crediticia identificada con el número terminado en \*\*\*\*5711 y el valor que exceda esa cifra al señor demandante OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

**QUINTO: CONDENAR** a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de los intereses causados en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, desde el 2 de julio del año 2022 al señor demandante OSCAR ARMANDO BARRETO TERAN dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

**SEXTO:** El cumplimiento de la orden que se imparte en esta sentencia deberá ser acreditado por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes contados a partir de la

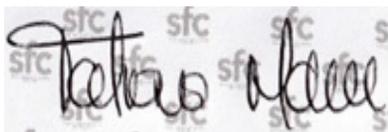
expiración del plazo otorgado para el mismo, advirtiéndose que el incumplimiento de las órdenes aquí impartidas puede ocasionarle la sanción de que trata el numeral 11 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011.

**SEPTIMO:** Negar las demás pretensiones de la demanda.

**OCTAVO:** Sin condena en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**



**TATIANA MAHECHA MARTINEZ**  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Copia a:

*Elaboró:*  
TATIANA MAHECHA MARTINEZ  
*Revisó y aprobó:*  
TATIANA MAHECHA MARTINEZ

<p>Superintendencia Financiera de Colombia DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES Notificación por Estado</p>
<p>La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado Hoy <u>3 de noviembre de 2023</u></p> <p> <b>MARCELA SUÁREZ TORRES</b> Secretario</p>