

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2023022685-040-000



Fecha: 2023-12-18 08:48 Sec.día85

Anexos: No

Trámite:: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES

Tipo doc:: 576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE

Remite: 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 : 2023022685-040-000  
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES  
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE  
Expediente : 2023-0859  
Demandante : RAFAEL MUÑOZ MACIAS  
  
Demandados : BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 5 de diciembre, de conformidad 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 **RAFAEL MUÑOZ MACIAS** 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 que:

#### 2. PRETENSIONES:

**Primero:** Que se reconozca el saldo insoluto de la deuda al BANCO BBVA S.A. por parte de BBVA SEGUROS S.A, por incapacidad superior al 50% del señor RAFAEL MUÑOZ MACIAS sustentado en la Junta Médico Laboral Nro.214993 de fecha 2 de septiembre del 2022 de sanidad ejercito de su obligación Nro.001022210960006777.

**Segundo:** Que se ordene al BANCO BBVA S.A., realice la devolución de las cuotas canceladas y/o saldos al señor MUÑOZ MACIAS y hasta cuando el pago se materialice, una vez se reconozca el saldo insoluto del crédito a la fecha del siniestro.

**Tercero:** Que se reconozca el saldo insoluto de la deuda al BANCO BBVA S.A. por parte de BBVA SEGUROS S.A, por incapacidad superior al 50% del señor RAFAEL MUÑOZ MACIAS sustentado en la Junta Médico Laboral Nro.214993 de fecha 2 de septiembre del 2022 de sanidad ejercito de su obligación Nro.02227000046853.

**Cuarto:** Que se ordene al BANCO BBVA S.A., realice la devolución de las cuotas canceladas y/o saldos al señor MUÑOZ MACIAS y hasta cuando el pago se materialice, una vez se reconozca el saldo insoluto del crédito a la fecha del siniestro.

Con fundamento en que adquirió el crédito terminado en el número \*\*\*\*6098 con BANCO BBVA S.A. por valor de \$73.536.720, el cual se adhirió a la póliza vida grupo deudor con BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. número \*\*\*\*9915 el 14 de diciembre de 2015.

Que también adquirió otro crédito terminado en el número \*\*\*\*2291 con BANCO BBVA S.A. que se vinculó a la póliza vida grupo deudor con BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. por \$62.717.254.

Señaló que el 2 de septiembre de 2022 la Junta Médica Laboral Militar y de Policía de retiro 214993 notificada el 16 del mismo mes le dio una pérdida de capacidad laboral del 53.12%.

Indicó que posteriormente mediante derecho de petición solicitó el cubrimiento de la póliza ante Banco BBVA S.A., sin obtener respuesta, recibiendo una comunicación hasta el 4 de noviembre siguiente de parte de BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A., donde se le da a conocer los números de las pólizas y las condiciones generales y particulares.

Mencionó que no ocultó patología porque no se le hizo ninguna entrevista, ni se le preguntó por la asesora por su estado de salud, sin tener una junta médica que le dictaminara una disminución de capacidad laboral superior al 50%, así como que al momento de la vinculación no se le explicaron las pólizas.

Demanda que fue admitida y notificada a las demandadas, quienes se opusieron en oportunidad a las pretensiones de la demandada con la formulación de excepciones de mérito, de las que se le corrió traslado a la parte actora, quien se pronunció en término.

### CONSIDERACIONES

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 las pólizas de vida grupo deudor tomadas por BBVA COLOMBIA en el que fue vinculado el señor **MUÑOZ MACIAS** en virtud de los créditos identificados con los números terminados en \*\*\*\*6777 y \*\*\*\*3891 respecto del amparo incapacidad total y permanente con ocasión a la calificación de pérdida de capacidad que le fue dictaminada el 2 de septiembre de 2022 en un porcentaje del 53.12% y si en virtud de ello si se accede a las pretensiones de la demanda.

Al respecto, siendo pacífico entre las partes la existencia de los contratos de seguro que sirven 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 relevan de responsabilidad a la entidad vigilada.

Lo anterior aunado a lo expuesto por la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia: SC3791-2021. Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01. 1° 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 asegurado tuvo 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 frente al primero de los créditos, terminado en el No. \*\*\*\*6777 no le fue indagado por su estado de salud, ni sobre calificaciones anteriores, no le fue indicado específicamente lo relacionado con la póliza de vida y que la asesora en su momento le manifestó que llenara las casillas con NO para que no hubiera demoras en el crédito.

Frente al segundo, terminado en el No. \*\*\*\*3891, señaló que no le fue preguntado su estado de salud, que no se le informó sobre la póliza, que la letra incorporada en la solicitud certificado individual contentiva de la declaración de asegurabilidad no fue diligenciado por aquel y finalmente que firmó sin leer el documento.

Definido lo anterior y el marco normativo, identifica la Delegatura 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 las demandadas, 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 las pólizas del contrato de seguro vida grupo deudores terminadas en los números \*\*\*\*9915 y \*\*\*\*6853 con certificados individuales terminados en los números \*\*\*\*7742 y \*\*\*\*7414, respectivamente sobre los créditos de 2015 y 2019, en los que fungió como asegurado el señor MUÑOZ MACIAS en calidad de deudor de los créditos terminados en los números \*\*\*\*6777 y \*\*\*\*3891 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 los aludidos seguros, corresponden 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, vistas las pruebas allegadas a la actuación, está demostrado, especialmente con aquellas aportadas por la entidad financiera con la contestación de la demanda y las incorporadas por la aseguradora en esa misma oportunidad, que el señor MUÑOZ MACÍAS, se vinculó a dos obligaciones financieras en los años 2015 y 2019, con ocasión a las cuales se hizo parte de las pólizas de vida grupo deudores antecitadas.

Igualmente, está acreditado que mediante acta de junta médica del 2 de septiembre de 2022 número 214993 se le dictaminó al actor una pérdida de capacidad laboral del 53.12%, hecho que por demás este refiere en su exposición fáctica dentro del libelo introductor.

También está probado que dentro de los amparos contemplados en las pólizas de seguro vida grupo deudor involucradas en este trámite, se encuentra el de Incapacidad Total y Permanente.

Por lo anterior, se tiene que la existencia de dichos contratos de seguro en el que el demandante fungió como asegurado y BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. como aseguradora, respecto de los contratos de crédito identificados con los números terminados en \*\*\*\*6777 y \*\*\*\*3891, adquiridos por el actor con BBVA COLOMBIA S.A. y que para la vinculación del asegurado se tuvo en cuenta las declaraciones de asegurabilidad fechadas del 14 de diciembre de 2015 y 17 de octubre de 2019.

Citado lo anterior, en primer lugar, la delegatura se pronunciará sobre la excepción denominada **“FALTA DE COBERTURA MATERIAL”**, la cual se soporta en que el dictamen de calificación aportado por el accionante refiere una incapacidad parcial y permanente y por esta razón específica que **“PUEDE DESEMPEÑARSE EN LA VIDA CIVIL SEGÚN SU CAPACIDAD LABORAL RESIDUAL”** (ver folio 5 del dictamen de calificación aportado por el accionante), por lo que teniendo en cuenta que la póliza cobija es la incapacidad **total** y permanente, se debe acoger este medio de defensa.

Con respecto a este medio de defensa es del caso poner de presente el amparo reclamado, el cual se encuentra en las condiciones de la póliza objeto de litigio, las cuales fueron allegadas por la compañía aseguradora en su contestación de demanda:

#### 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.

Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado dentro de los límites de edad establecidos en las condiciones particulares del presente anexo, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por este, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la calificación de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación.

De conformidad con lo anterior, se tiene que el amparo cubre la pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen.

Por lo anterior, está plenamente acreditado que el señor MUÑOZ MACÍAS prueba el siniestro, ya que el dictamen que se aportó demuestra una pérdida de capacidad laboral superior al 50 % y además en vigencia de las pólizas reclamadas, hecho que no se discute entre las partes.

Cabe resaltar el amparo analizado en ningún lado menciona nada sobre el no cubrimiento de las incapacidades permanentes parciales, concepto propio del régimen de las fuerzas armadas y que se encuentra dicha definición por la normativa que rige a la entidad calificadora, por lo que no es de recibo el argumento esbozado por la aseguradora en este medio exceptivo, ya que *contrario sensu*, el condicionado establece que se aseguran las pérdidas de capacidades laborales sea cual fuere su régimen.

Finalmente, en el plenario no está probado que el demandante siguiese laborando por lo que tampoco se puede concluir que no exista ocurrencia del siniestro en el sentido de que se probó que el demandante no está realizando algún tipo de actividad u ocupación que le genere remuneración.

Definido lo anterior, la aseguradora propuso la excepción que denominó “*INCUMPLIMIENTO DE REQUISITO PARA EJERCER LA ACCION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR FINANCIERO*”, con fundamento en el numeral 3° del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, destacando la parte final de dicha norma, así: “*...En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía*”. Por lo anterior, solicito respetuosamente al despacho que tenga en cuenta que el señor Muñoz no probó la existencia y cuantía del siniestro (en los términos del Artículo 1077 del Código de Comercio) y muy al contrario, probó que dicho evento no está cubierto por las pólizas objeto de la presente litis”.

Medio de defensa que al rompe se advierte impróspero, en tanto que se soporta en articulado no concordante con el argumento izado, nótese que dicha norma guarda relación con la temporalidad de la proposición de la acción más no con la existencia del siniestro y cuantía.

Desatado esto, respecto 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, siendo éstas, 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 acreditación de los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

En el caso en concreto la parte actora dio cumplimiento a lo establecido en el artículo 1077 de la codificación comercial, ya que aportó con la demanda la Junta Médica Laboral Militar y de Policía de retiro número 214993 el 2 de septiembre de 2022 donde se le dio al demandante una pérdida de capacidad laboral del 53.12%.

Ahora bien, resuelto el tema de la ocurrencia, la prueba de la cuantía se demuestra mediante las pólizas de vida objeto de litigio. Sobre este punto visto que la controversia emana de un contrato de seguro de vida y conforme lo establece el artículo 1138 del Código de Comercio “*en los seguros de personas, el valor del interés no tendrá otro límite que el que libremente le asignen las partes contratantes, salvo en cuanto al perjuicio a que se refiere el ordinal 3° del artículo 1137 sea susceptible de evaluación cierta*”, el reconocimiento pretendido resulta ser el valor asegurado por las partes en las pólizas objeto de litigio, el cual para este caso de la póliza de vida grupo que funge como garantía del crédito terminado en \*\*\*\*6777 corresponde a un valor de \$72'851.414,59 conforme certificado allegados por la misma aseguradora demandada con la contestación de la demanda, y para el caso

de la póliza de vida grupo que funge como garantía del crédito terminado en \*\*\*\*3891 corresponde al valor \$62'717.254, conforme certificado allegado por la misma aseguradora demandada con la contestación de la demanda.

Resuelto lo relativo a las cargas del asegurado, se procede a revisar las causas excluyentes de responsabilidad alegadas por la aseguradora demandada, por lo que se analizará aquella relacionada con la reticencia en la información otorgada por parte del señor **MUÑOZ MACÍAS** respecto a su condición de estado de salud al momento de suscribir las pólizas objeto de litigio, debiéndose así analizar lo previsto por el legislador en el artículo 1058 del Código de Comercio, por lo que procede entonces el Despacho al estudio de las excepciones denominadas como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD*”.

Para el efecto, 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 absolucón 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 las Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores que fungen como garantía adicional de los créditos terminado en 6777 y 3891, se aportaron al presente trámite las respectivas declaraciones de asegurabilidad cuyo propósito era el establecer el estado del riesgo, en especial el de salud del señor **MUÑOZ MACÍAS** conforme se evidencia de los mismos textos, a través de los cuestionarios de salud, ya que estos fueron propiciados por la compañía de seguros hoy demandada, formulados al asegurado a través de la entidad tomadora (BANCO BBVA) y que aparece firmado por el asegurado, sin que fueran tachados de falso por las partes. En ese sentido, la Delegatura se estará al contenido de los mismos.

Precisado lo anterior, encuentra la Delegatura 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 la póliza de vida grupo deudor que garantiza el crédito terminado en 6777, se le preguntó en dos documentos lo siguiente:

Declaración de asegurabilidad			
Estatura	168	cm	Peso
			75
			Kg
Fuma	SI	NO	Cigarrillos Dierios
Deportes que practica			
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		SI	NO
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			X
¿Ha sido sometido a tratamiento antibiótico o por drogadicción?			X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?			X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?			X
Trastornos mentales o psiquiátricos			X
Parálisis, epilepsia, vertigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso			X
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino			X
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna			X
Enfermedades del bazo, anemia, infameción de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemocirculatorio o enfermedades inmunológicas			X
Dolor en el pecho, tos sin motivo, alta, infante o cualquier enfermedad del corazón			X
Enfermedades renales, cálculos, síndromes renales			X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio			X
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo			X
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, rinosinusa o problemas de órganos de los sentidos			X
Cáncer o tumores en cualquier clase			X
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?			X
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han suspenso 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:



DEVA SUPLENTE DE VIDA  
DECLARACION PERSONAL DE SALUD

NÚMERO DE CONTRATO VINCULADO: 0013022210960009777

DATOS DEL PARTICIPE

NOMBRE: RAFAEL MUÑOZ NACIAS  
TIPO DE PARTICIPACION: TIPOULAR

ESTATURA: 1.68 cms. PESO: 68 kgs.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fuma Usted?: NO

PADECE O HA PADECIDO alguna de las afecciones o trastornos siguientes?:


a) Tuberculosis, neumonía, enfisema, silicosis: NO  
b) Lesión o debilidad del corazón, infartos, problema de presión arterial: NO  
c) Epilepsia, parálisis, enfermedad mental: NO  
d) Enfermedad del hígado, riñones, gástricas: NO  
e) Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis A, meningitis: NO  
f) SIDA: NO  
g) Cáncer, tumores malignos: NO  
h) Sufre usted alguna incapacidad total o parcial permanente?: NO

Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad que no haya sido indicada directamente en este cuestionario?: NO

Realiza Usted alguna de las siguientes profesiones y/o actividades peligrosas?:

Andarismo, Buceo, Automovilismo, Motociclismo, Paracaidismo, Parapente, Ala Delta, Utilizador de Explosivos, Bombero, Miembro de las Fuerzas Militares, Representante Político, Escolta, Vigilante, Miembro de la Fiscalía, Minorista, Piloto Deportivo de Carino, Deportista Profesional, u otras profesiones riesgosas: NO

FIRMA DEL PARTICIPE: RAFAEL MUÑOZ NACIAS



En la póliza de vida grupo deudor que garantiza el crédito terminado en 3891, se preguntó lo siguiente:

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI CORTAVILLAS

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Estatura: 1.68. Peso: 68. Fuma: X. Cuántos cigarrillos al día?:

Deportes que practica: Caminar

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? NO

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL? NO

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN? NO

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? NO

¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ORGANOS? NO

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLOR DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS, PROSTATA-TESTÍCULOS

ASMA, BRONQUITIS, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ULCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MARIÑO, OVARIOS?

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

En tal sentido, la aseguradora como fundamento de esta excepción señaló que:

Tal como se aprecia en las declaraciones de asegurabilidad aportadas, el señor Muñoz omitió declarar al momento de diligenciar los formularios de declaración de asegurabilidad que padecía de: 1) Meniscopatía 2) Dolor de hombro izquierdo y 3) dolor al apoyar las plantas de los pies y le fueron practicados procedimientos quirúrgicos de reconstrucción de rodilla derecha, meniscos y ligamento cruzado posterior, pero además estaba incapacitado físicamente y calificado por la Junta de Calificación en el año 2013. Todo lo anterior, fue plenamente diagnosticado, tratado y omitido por el señor Muñoz con anterioridad a las declaraciones mencionadas, incumpliendo la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, lo que debe conducir a la nulidad del contrato de seguro y la pérdida de indemnización<sup>4</sup>.

Es así como el señor Muñoz no contestó sinceramente a las preguntas: “*Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?*”, “*Sufre alguna incapacidad física o mental?*” y “*Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?...Reumatismo, artritis, gota, o enfermedades de los huesos, músculos o columna*”, pese a que fueron formuladas de forma clara y están redactadas en un lenguaje sencillo, que podría entender perfectamente una persona sin conocimientos médicos.

Como puede notarse, en los formatos de declaración de asegurabilidad se incluye el siguiente texto: “*Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio*” y “*CERTIFICO QUE RECIBI LA INFORMACION RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA, COMPLETA, QUE*

Y consultado el dictamen de pérdida de capacidad laboral, desarrollado por el perito en su experticia (derivado 024), consigna lo siguiente:

**C- Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.**

LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL DIECISIETE PUNTO CUARENTA Y TRES POR CIENTO (17.43%) DEL (64.31%) RESTANTE YA QUE TIENE JML ANTERIOR No. 62166 DE FECHA 16 DE AGOSTO DE 2013 CON DCL ( 35.69% ) Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (53.12%).

De lo que surge que desde de 16 de agosto de 2013 el demandante tenía una disminución de capacidad laboral del 35,69%.

Y según lo desarrolla la misma experticia, de acuerdo a la Junta Médica donde se le determina dicha pérdida, se verifica lo siguiente:

Adicionalmente se registran las notas de los diferentes especialistas:

- El 01/09/2022 – Ortopedia:  
Fecha de inicio: Dolor cadera derecha 8 años de evolución, posterior **meniscopatía y reconstrucción en rodilla derecha**. Dolor hombro izquierdo desde 2014. Dolor pies y planta de pie desde 2016. Dolor columna cervical desde 2017.  
Diagnósticos:
  - Cervicalgia Crónica
  - **Síndrome de manguito rotador hombro izquierdo**
  - **Coxartrosis cadera derecha**
  - **Fascitis plantar bilateral**Secuelas: Limitación funcional, dolor columna cervical hombro izquierdo, cadera derecha, pies.

Bajo ese contexto, en lo que tiene que ver con la reticencia alegada, frente a la póliza de vida grupo deudor adquirida en 2015, si bien no se discute que para antes de esa fecha tenía ya un dictamen de pérdida de capacidad laboral con un porcentaje del 35,69%, lo cierto es que el demandante respecto a la información que se le dio sobre la póliza y específicamente la solicitud certificado individual en la que se integra la declaración de asegurabilidad señaló, como ya se expuso, que no se le informó sobre el contrato de seguro al que se vinculaba ni por su estado de salud y lo más importante, que la asesora le manifestó que el crédito estaba ya aprobado por lo que llenara las casillas con NO para que no hubiere más demoras, situación que no fue desvirtuada por la citada funcionaria, LIVEY DEL CARMEN RAMOS PEÑATA, quien en su declaración aseguró que no recordaba el caso, que tampoco indagaba sobre si se contaba con declaraciones de pérdida de capacidad laboral.

Ahora bien, la manifestación del demandante en los antecitados términos constituye una negación indefinida que tuvo por virtualidad invertir la carga probatoria, que no fue desvirtuada por la aseguradora y, por el contrario encuentra respaldo en el documento que acompaña la solicitud de certificado individual, donde ya viene preimpresa la respuesta NO en todos los cuestionamientos, dentro de ello, si había sufrido una incapacidad total o parcial permanente como la que se enrostra para negar el reconocimiento del seguro, que para mejor ilustración de la decisión de expone nuevamente a continuación:

DEYA SEGURO DE VIDA  
 DECLARACION PERSONAL DE SALUD

NUMERO DE CONTRATO VINCULADO: 9013022210966006777

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRE: RAFAEL MUÑOZ MACÍAS  
 TIPO DE PARTICIPACION: TITULAR

ESTADUAL: 147 cm. PESO: 075 kg.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fuma Usted?: NO

**PADECE O HA PADECIDO alguna de las afecciones o trastornos siguientes?:**

a) Tuberculosis, neumonia, enfisema, alitocosis: NO  
 b) Tumor o debilidad del corazón, infartos, problemas de presión arterial: NO  
 c) Epilepsia, parálisis, enfermedad mental: NO  
 d) Enfermedades del hígado, riñones, páncreas: NO  
 e) Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis B, meningitis: NO  
 f) Sífilis: NO  
 g) Cáncer, tumores malignos: NO  
 h) **Sufre usted alguna incapacidad total o parcial permanente?:** NO

¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad que no haya sido avisado directamente en este cuestionario?: NO

**Realiza Usted alguna de las siguientes profesiones y/o actividades peligrosas?:**

Aerista, Ductor, Automovilismo, Motociclismo, Paracaidismo, Parapente, Alpinista, Militante, Trabajo con Explosivos, Bombero, Miembro de las Fuerzas Armadas, Representante Político, Escolta, Vigilante, Miembro de la Fiscalía, Miembro Piloto, Explotación de Casino, Deportista Profesional, u otras profesiones riesgosas: NO

FIRMA DEL PARTICIPANTE: RAFAEL MUÑOZ MACÍAS



De todo lo anterior, emerge que el señor MUÑOZ MACÍAS no podría ser reticente, en tanto que no tuvo la oportunidad de establecer su estado de salud o incapacidad anterior de allí que el aludido medio de defensa respecto de esta póliza está llamado a fracasar.

Ahora bien, frente al contrato de seguro de vida celebrado en el 2019 respecto del crédito terminado en el número \*\*\*\*3891, de cara a la información que se le suministró al asegurado, se tiene que como lo expuso la asesora EDNA ROCIO CAMPO ANDRADE en su testimonio el diligenciamiento de la documentación se dio en la oficina del demandante en el Batallón, oportunidad en la cual se hizo una entrevista aproximadamente de 10 minutos por que él tenía afán, siendo ella quien diligenció la declaración de asegurabilidad con información suministrada por el cliente a las preguntas requeridas por el documento. Lo así atestado guarda relación con la versión del demandante en cuanto a la rapidez de la reunión sostenida, pero en todo caso el actor hace ver que no leyó el documento y solo lo firmó.

En este sentido, conforme a los cuestionamientos que se le hicieron en la declaración de asegurabilidad sí encuentra la Delegatura reticencia en su actuar, dado que se le indagó específicamente si tenía una incapacidad física y también por intervenciones quirúrgicas, frente a lo cual se dio un NO por respuesta, cuando como está visto ya contaba desde 2013 el señor MUÑOZ MACÍAS con un dictamen de pérdida de capacidad laboral del 35.69% producto de una rotura de ligamentos.

Y en este punto, conviene recordar 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 dichas circunstancias, 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, el perito Gabriel Duque Posada trajo a colación, como ya se expuso, los padecimientos encontrados respecto del actor pero no demuestra el actuar de la compañía si hubiese conocido de la pérdida de capacidad laboral anterior -inferior al 50%- o cirugías advertidas, además 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 las pólizas garantiza los créditos terminados en \*\*\*\*6777 y \*\*\*\*3891, de haber conocido de los padecimientos antes anunciados.

Valga resaltar que aunque el perito manifestó en la contradicción del dictamen 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 2016, -incluso anteriores para cuando se asumió el riesgo en el crédito de 2015 número \*\*\*\*6777-, 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 (políticas allegados por el banco a derivado 026)”, 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 evaluar 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”.*

#### 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”.*

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 se pueda establecer un valor concreto de extraprima para el caso del señor MUÑOZ MACIAS, 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 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 asegurando”.*

Expuesto lo anterior no está probado cual hubiese sido el actuar de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para los años 2015 y 2019 (año de suscripción de las pólizas de vida que garantiza los créditos terminados en 6777 y 3891), si hubiese conocido el estado de salud del asegurado, además no se acreditan cuáles eran las políticas aplicables por la aseguradora con respecto a declaraciones anteriores de pérdida de capacidad laboral inferiores al 50%, frente a las pólizas de vida grupo deudores relacionadas con los créditos garantizados.

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 los años de suscripción de las pólizas.

Aunado a lo expuesto, tampoco puede soslayar la Delegatura, de un lado, que la declaración del 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 este orden, a pesar que la información contenida en las declaraciones pudiesen no ajustarse al estado real de salud del asegurado el señor MUÑOZ MACÍAS al momento del diligenciamiento de las pólizas, como fue expuesto, el no acreditarse debidamente que dicha omisión hubiese conllevado a no otorgar el seguro o a otorgarlo en condiciones más onerosas, se encuentra ausente uno de las condiciones requeridas por el artículo 1058 del Código de Comercio para otorgar el efecto pretendido por la aseguradora demandada.

En consecuencia, la Delegatura declarará infundada la excepción denominada por la aseguradora como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD*” y probada la rotulada como “*BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TITULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO*”.

Resuelto lo anterior, en lo relacionado con la excepción denominada por la aseguradora demandada como “*INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE AUTOCUIDADO COMO CONSUMIDOR FINANCIERO*”, es lo cierto que, como lo admitió el mismo demandante en su interrogatorio de parte, respecto de la declaración de asegurabilidad del crédito terminado en \*\*\*\*3891 no la leyó, porque estaba de afán, ello obedece a una desatención de las prácticas propias de protección al consumidor insertas en el artículo 6° de la ley 1328 de 2009, conducta que tendrá incidencia en el reconocimiento del valor asegurado en una proporción del 50% que lo que le correspondería reconocer a la aseguradora, razón por la cual se declara probada la defensa en cuestión sobre esta póliza.

Expuesto todo lo anterior la Delegatura encuentra probada la responsabilidad de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con relación a las pólizas de vida grupo los cuales fungen como garantía adicional de las obligaciones crediticias terminadas en los números **6777 y 3891**, en virtud del amparo de incapacidad total y permanente, debido a la calificación de pérdida de capacidad laboral superior al 50 % dictaminada al demandante, a través del cual se le dictaminó una Pérdida de Capacidad Laboral de 53,12%, lo que conlleva a condenarla al reconocimiento y pago de las sumas correspondientes a los valores asegurados en las pólizas objeto de litigio, y en los cuales de acuerdo con las certificaciones expedida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.**, se estipuló como el valor asegurado de la póliza de vida grupo que garantizó al crédito terminado en 6777 el monto de \$ 72'851.414,59, y con respecto a póliza de vida grupo que garantizó al crédito terminado en 3891 el monto de \$31'358.627 que corresponde al 50% del valor asegurado (\$62'717.254), pagos que deberán realizarse a favor de la entidad bancaria BBVA COLOMBIA S.A. en razón de los créditos garantizados, así mismo se dispondrá que, realizado dicho pago si existe remanente, este sea pagado al demandante.

Además, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** deberá pagar los intereses de mora conforme lo dispone el artículo 1080 del Código de Comercio y en aplicación de la facultad *extra petita* prevista en el numeral 9° del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, los cuales deben empezar a contarse un mes después de la fecha en la cual se presentó la respectiva reclamación y hasta la fecha efectiva de pago. Sobre este punto en el expediente digital no se allegó prueba de la reclamación presentada a la aseguradora demandada, por lo cual se reconocerán los mismos desde el mes siguiente a la notificación de la demanda, esto es, el 9 de abril de 2023.

En este orden, la Delegatura declarará probada la excepción denominada por la aseguradora demandada como **"NO EXCEDER EL MAXIMO VALOR ASEGURADO Y/O EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACION"**

Superado lo anterior, procede el despacho a analizar la responsabilidad de la entidad financiera BANCO BBVA S.A. respecto de los créditos de consumo identificado con los números terminados en \*\*\*\*6777 y \*\*\*\*3891, 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).

En este orden, para que haya lugar al reconocimiento de la pretensión de la demandante, derivada ésta de una responsabilidad civil, resulta necesario que se encuentre acreditado:

- (1) La existencia de un contrato válidamente celebrado, del cual surgen las obligaciones a cargo de cada una de las partes, las cuales de resultar incumplidas podrían acarrear algún tipo de responsabilidad.
- (2) Incumplimiento del deudor. Siendo ésta la sustracción de manera injustificada de una de las partes del contrato de las obligaciones a su cargo, siempre que aquellas estén contenidas en el negocio jurídico.



- (3) Daño o perjuicio. Entendido como el menoscabo patrimonial que presenta una persona, de su esfera económica o moral, por el incumplimiento del cual fue deudor.
- (4) Nexo de causalidad entre los daños o perjuicios con el incumplimiento, esto es que su manifestación u ocurrencia sean derivadas del incumplimiento.

De conformidad con lo anterior, en el presente caso, no puede soslayarse que las pólizas materia de esta acción fueron ofrecidas y comercializadas por la fuerza de ventas del Banco a través de una licitación. El seguro de vida grupo deudor se contrató con el fin de dar cumplimiento a la exigencia de la entidad financiera para el otorgamiento de la obligación de crédito que fue otorgada al demandante; que la contratación de aquel seguro fue el resultado de un proceso que en su oportunidad adelantara BBVA COLOMBIA S.A. con el fin de amparar a sus deudores, siendo el fundamento de que figure como tomador del seguro dado el interés que poseen de conformidad con el numeral 3 del artículo 1137 del Código de Comercio; y, que la inconformidad base de la reclamación deviene de los efectos perseguidos por la aseguradora por el actuar del asegurado al momento de informar el estado del riesgo; por lo cual, se debe proceder al análisis del contrato de mutuo, del que devienen obligaciones para la entidad financiera como fueran las contenidas en el Título I de la Ley 1328 del año 2009, el que al estar vigente para la fecha de celebración del contrato está incorporado en el mismo, de conformidad con el artículo 38 de la Ley 157 de 1887, en el cual se encuentran las relacionadas con la debida diligencia e información, los cuales deben atenderse en todo el proceso de la relación contractual, desde el ofrecimiento mismo del producto.

En consecuencia, ha de recordarse que las entidades financieras, como la que fue convocada a este juicio, están obligadas a cumplir con los deberes de información y debida diligencia para garantizar al consumidor una oportuna y completa comprensión y toma de decisiones informadas al tenor de lo previsto en la Constitución en su artículo 78 que 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”*.

Esto, en concordancia con lo previsto en el Artículo 5°, literales a) y d) del Régimen de Protección al Consumidor Financiero (Ley 1328 de 2009), que indica que son deberes a cargo de las entidades vigiladas por esta Superintendencia, los de: *“b) tener a disposición del cliente información transparente, clara, veraz, oportuna y verificable “de las características propias de los productos o servicios ofrecidos”, Artículo 7, literal b) y c) ibídem. Obligaciones a cargo de las entidades financieras, la del literal b) (...) 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., c) Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado.*

En consonancia con el artículo 39 del Estatuto del Consumidor, que disponen:

**ARTÍCULO 39. CONSTANCIA DE LA OPERACIÓN Y ACEPTACIÓN.** *Cuando se celebren contratos de adhesión, el productor y/o proveedor está obligado a la entrega de constancia escrita y términos de la operación al consumidor a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes a la solicitud. El productor deberá dejar constancia de la aceptación del adherente a las condiciones generales. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones bajo las cuales se deberá cumplir con lo previsto en este artículo.*

Lo que también se requiere a las vigiladas por esta Superintendencia, según se prevé en la Circular Básica Jurídica 029 de 2014, en su

## PARTE I

### INSTRUCCIONES GENERALES APLICABLES A LAS ENTIDADES VIGILADAS

### TÍTULO III

#### COMPETENCIA Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

##### CAPÍTULO I: ACCESO E INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

1. 1.2. Protección a la libre concurrencia de oferentes para la contratación de pólizas de seguro en instituciones financieras por cuenta de sus deudores

##### 1.3.2.4. Deber de información y manuales de procedimiento

*Las entidades vigiladas que otorguen créditos que conlleven la necesidad, legal o contractual, de contar con seguridades adicionales constituidas por seguros, deben disponer lo necesario, en materia de la transparencia en sus operaciones, para que sus deudores asegurados puedan ejercer eficazmente la libertad que les otorga la ley y que corresponde proteger a esta Superintendencia.*

*Así, para la debida ilustración al deudor, las entidades vigiladas deben informarle por escrito sobre las posibilidades con que cuenta para acreditar la seguridad adicional que constituye el seguro y las condiciones de aceptación o rechazo de las pólizas que presente. En el mismo sentido, cuando el deudor opte por su adhesión como asegurado a la póliza tomada por la entidad de crédito, esta debe suministrarle información sobre los requisitos y el procedimiento para el perfeccionamiento de su inclusión. Para tal efecto, deben establecerse mecanismos expeditos, objetivos y claros, que consten en los correspondientes manuales de procedimiento y que permanezcan a disposición de esta Superintendencia en la respectiva sede social de la entidad vigilada.*

Encontrándose acreditada la existencia del contrato de mutuo, del cual surgen obligaciones de información y diligencia a cargo de la entidad financiera, encuentra la Delegatura que la parte demandante alegó un incumplimiento frente a la información dada al demandante al momento de la suscripción de la póliza, razón por la cual la excepción denominada por la entidad financiera como “**FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA**”, no está llamada a prosperar.

Con respecto al régimen de responsabilidad civil contractual es necesario la acreditación de sus elementos 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*”, correspondiendo así a la existencia de un contrato válidamente celebrado del cual surgen las obligaciones a cargo de cada una de las partes, el incumplimiento como la sustracción de manera injustificada de una de las partes del contrato de las obligaciones a su cargo contenidas en el negocio jurídico, el daño o perjuicio como menoscabo patrimonial que presenta una persona, de su esfera económica o moral por el incumplimiento y el nexo de causalidad entre los daños o perjuicios con el incumplimiento.

De conformidad con lo anterior, en el presente caso, pese a la acreditación de la existencia de un contrato del cual surgen obligaciones de información y diligencia a cargo de la entidad financiera, y a pesar de la carga establecida en el inciso primero del citado artículo 167 del Código General del Proceso, no se encuentra propiamente un probado algún daño imputable a la entidad financiera, puesto que éste ya fue debidamente imputado a la aseguradora hoy demandada.

Por lo anterior, advierte la Delegatura, que en el presente caso no se acreditan los elementos requeridos por la responsabilidad contractual en cabeza de la entidad financiera, ante la ausencia de acreditación daño imputable a la entidad financiera, por lo que se declarará prospera la excepción denominada por BANCO BBVA S.A como “**CUMPLIMIENTO LEGAL Y CONTRACTUAL DE BBVA COLOMBIA E INCONCURRENCIA DE LOS ELEMENTOS VALORATIVOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN CABEZA DEL BANCO**”, lo que conlleva a denegar las pretensiones de la demanda frente a dicha

entidad y releva a la Delegatura del estudio de los demás medios exceptivos formulados por la demandada, a la luz de lo previsto en el artículo 282 del C. G. del P.

Finalmente, esta Delegatura se abstendrá de condenar en costas, toda vez que prosperan parcialmente las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo establecido en el numeral 5° del artículo 365 del Código General del 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 FUNDADA** las excepciones denominadas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** como “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD*” y “*BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TITULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO*”, así como no probadas las denominadas “*FALTA DE COBERTURA MATERIAL*” e “*INCUMPLIMIENTO DE REQUISITO PARA EJERCER LA ACCION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR FINANCIERO*” propuestas por la aseguradora y “*FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA*” alegada por el banco demandado, de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

**SEGUNDO: DECLARAR PROBADA** la excepción denominada por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** como “*INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE AUTOCUIDADO COMO CONSUMIDOR FINANCIERO*”, de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

**TERCERO: DECLARAR PROBADA** la excepción titulada por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** como “*NO EXCEDER EL MAXIMO VALOR ASEGURADO Y/O EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACION*” de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

**CUARTO: DECLARAR PROBADA** la excepción titulada por la entidad financiera como “*CUMPLIMIENTO LEGAL Y CONTRACTUAL DE BBVA COLOMBIA E INCONCURRENCIA DE LOS ELEMENTOS VALORATIVOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN CABEZA DEL BANCO*”, razón por la cual se niegan las pretensiones respecto de la entidad financiera, de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

**QUINTO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE** a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** por el incumplimiento de las pólizas de vida grupo los cuales fungen como garantía adicional de las obligaciones crediticias terminadas en los números **6777 y 3891**, en virtud de los amparos de incapacidad total y permanente, al negar el reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente en favor del demandante.

**SEXTO: CONDENAR** a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** a pagar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión en favor de BBVA COLOMBIA S.A la póliza de vida grupo que garantizó al crédito terminado en 6777 el monto de \$72'851.414,59 y el monto de \$31'358.627 respecto de la póliza de vida grupo deudor del crédito terminado en 3891, pagos que deberán realizarse a favor de la entidad bancaria BBVA COLOMBIA S.A. en razón de los créditos garantizados, así mismo se dispondrá que, realizado dicho pago si existe remanente, este sea pagado al demandante. Además de lo anterior se condena a los intereses de mora que establece en el artículo 1080 del Código de Comercio calculados desde el 9 de abril de 2023 hasta la fecha efectiva de los

pagos. Si existiese algún remanente, estos se pagarán en favor del demandante.

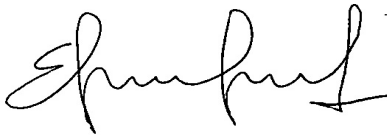
**SÉPTIMO:** El cumplimiento de la orden que se imparte en esta sentencia deberá ser acreditado por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes contados a partir de la expiración del plazo otorgado para el mismo, advirtiéndose que el incumplimiento de las órdenes aquí impartidas puede ocasionarle la sanción de que trata el numeral 11 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011.

**OCTAVO: NEGAR** las demás pretensiones de la demanda.

**NOVENO: NO** condenar en costas.

En firme esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**



**EDUARD JAVIER MORA TELLEZ**

80010-COORDINADOR DEL GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Copia a:

*Elaboró:*

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

*Revisó y aprobó:*

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

<p>Superintendencia Financiera de Colombia <b>DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES</b> Notificación por Estado</p>
<p>La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado Hoy <u>19 de diciembre de 2023</u></p> <p> <b>MARCELA SUÁREZ TORRES</b> Secretario</p>