

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2023018450-046-000



Fecha: 2024-02-15 19:05 Sec.día1561

Anexos: No

Trámite:: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES
Tipo doc:: 576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Remitente: 80010-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO
Destinatario:: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES
JURISDICCIONALES

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

Número de Radicación : 2023018450-046-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Expediente : 2023-0803
Demandante : JOSE RICARDO MENDOZA ARIAS

Demandados : BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento al auto proferido en la audiencia del pasado 1º de febrero, 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

I. ANTECEDENTES

El señor **JOSE RICARDO MENDOZA ARIAS** actuando a través de apoderado judicial promovió demanda en ejercicio de la acción de protección al consumidor en contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, entidad vigilada por esta Superintendencia, pretendiendo:

“PRIMERA: Solicito respetuosamente que con base en el actuar irregular de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, que se niegan a reconocerle los derechos que le corresponden al señor **SV. JOSE RICARDO MENDOZA ARIAS**, dentro de la afectación a la póliza de seguros de vida por presentar una incapacidad permanente parcial, reconocida por las autoridades médico-laborales del Ejército Nacional, se ordene el correspondiente pago de la póliza.

SEGUNDA: Teniendo en cuenta la Incapacidad laboral del **SESENTA Y UNO PUNTO SIETE POR CIENTO (61,70%)** que fue calificada por las autoridades médico-laborales del Ejército Nacional de Colombia, solicito se ordene hacer efectiva la póliza que permita condonar la totalidad de la deuda que mi poderdante tiene actualmente con el Banco **BBVA**.

TERCERA: Que sean devueltos la totalidad de las cuotas que he sufragado hasta el momento para el pago del crédito.

CUARTA: *Que sean desestimados los argumentos expuestos por la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., frente a la reticencia alegada en el oficio de respuesta a la reclamación presentada por el señor JOSE RICARDO MENDOZA ARIAS, en el entendido que no existen pruebas que configuren la mala fe o la intención del asegurado de ocultar o brindar información inexacta de su estado de salud al momento de solicitar el crédito ante el banco BBVA”.*

En el auto admisorio de la demanda, se dispuso la vinculación por pasiva con el BANCO BBVA S.A., dado que *“el actor celebró contrato de mutuo con BBVA COLOMBIA S.A., producto de éste, la parte activa se vinculó con la aseguradora demandada, siendo la entidad financiera quien ofreció y colocó la póliza objeto del presente litigio, circunstancia por la que se ve la necesidad de vincular a la entidad financiera como litisconsorcio por pasiva, conforme lo dispone el art 61 del CGP y en el numeral 6 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011”.*

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

CONSIDERACIONES

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

Teniendo en consideración la competencia que tiene la Delegatura para conocer de las controversias contractuales que surjan entre consumidores financieros y las entidades vigiladas por esta Superintendencia surgidas de los contratos que éstas últimas ofrecen; se tiene que las partes no discuten la existencia de un contrato de seguro vida grupo deudores **No. 02 260 0000022340** que amparó una obligación crediticia adquirida por el demandante con el Banco BBVA No. **0013-0158-64-9625292776**.

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

De igual forma, sin perder de vista que las mencionadas relaciones contractuales objeto de estudio, emergen de un escenario de expresa protección constitucional, basando tanto en el del derecho del consumidor previsto por el artículo 78 de la Carta Política, como en el ejercicio de la actividad aseguradora, de evidente interés público como lo establece el artículo 335 *ibidem*.

Bajo dicho marco, la ejecución de los contratos impone precisos deberes de diligencia a las partes contratantes, y en especial a las vigiladas por esta Superintendencia Financiera, determinados por aspectos tales como la utilidad que éste les reporta, experiencia, profesionalismo, poder negocial, ubicación en el contrato. En torno al estándar de diligencia propio de las entidades vigiladas, la ejecución de las operaciones que les corresponden debe estar precedida y acompañada por un conjunto de medidas tuitivas, de precaución e información dispuestas para salvaguardar el interés público que la actividad

aseguradora y financiera comporta, medidas exigibles en el ámbito contractual por virtud de lo establecido en el artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y la Ley 1328 de 2009.

Tales medidas son correlato del derecho de los usuarios a recibir productos y servicios con estándares de seguridad y calidad (literal a del artículo 5° y b del artículo 7° de la Ley 1328 de 2009), incorporando el artículo 5° de la Ley 1328 citada, un conjunto de derechos que integra el núcleo mínimo de protección vigente “*durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada*”.

Expuesto lo anterior, procederá la Delegatura a definir si existe responsabilidad contractual de BBVA Seguros de Vida S.A. y/o del Banco BBVA S.A. en virtud del contrato de seguro vida grupo deudor No. 02 260 0000022340, que fungió como garantía adicional del crédito No. **0013-0158-64-9625292776**, con ocasión al amparo de Incapacidad Total y Permanente, debido a la calificación de pérdida de capacidad laboral dictaminada al demandante el día 26 de agosto del 2022, otorgando una pérdida de capacidad laboral del 61,7%.

Como punto de partida y en aplicación a lo previsto en el inciso final del artículo 282 del Código General del Proceso, pasa la Delegatura en primer lugar a pronunciarse respecto de la excepción de “**FALTA DE COBERTURA MATERIAL**”.

Al respecto, cumple anotar que el legislador facultó a las compañías de seguros para que, atendiendo a unos parámetros económicos, legales y técnicos –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir a su arbitrio, con la salvedad de los seguros obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración. Prerrogativa que encuentra fundamento en el artículo 1056 del Código de Comercio el cual dispone “*Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado*”, sin que ello conlleve la convalidación de cláusula abusivas expresamente prohibidas por el legislador al punto que se tendrán por no escritas, tal y como lo establece el parágrafo del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009.

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

Ahora bien, ni la facultad dada por la ley a las aseguradoras para la delimitación de los riesgos que ha de amparar, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, permiten a la compañía aseguradora sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección al consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009. Entre ellas, el deber de información predicable de dichas entidades vigiladas, conforme lo pregona el literal c del artículo 7 de la Ley 1328 de 2009, y que por virtud del artículo 38 de la Ley 153 de 1887 y artículo 871 del Código de Comercio, se encuentran incorporados en toda relación contractual de una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Sobre el particular, atendiendo que en el presente caso, la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantado ante la materialización de un riesgo asegurado en el marco de la obligación condicional del contrato de seguro, se debe proceder entonces – en principio- a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto al asegurado beneficiario como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, en virtud de la cual corresponde al asegurado el demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador el demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, de conformidad con la carga establecida en el mismo inciso primero del artículo 167 del Código General del Proceso, en el cual se establece “*Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*”.

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

De conformidad con lo anterior, se aportaron al expediente las Condiciones particulares de la póliza de vida grupo 02 260 0000022340, clausulado que fue allegado por la aseguradora demandada, el cual no fue tachado ni desconocido por las partes.

En tal sentido cabe resaltar que, en el numeral 1.1 del anexo de incapacidad total y permanente del citado documento aplicable al caso en concreto, se define el amparo de Incapacidad Total y Permanente como:

“AMPAROS

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...”

Frente a las condiciones del amparo reclamado, es de indicar que se adujo en los alegatos de conclusión de la aseguradora demandada que no se habría acreditado la ocurrencia del siniestro en tanto que en el expediente se demostró que el actor continuaba laborando, situación que hace inviable el cubrimiento del seguro a la luz del clausulado respectivo.

En este sentido, es lo cierto que dentro de la actuación quedó acreditado que el señor Mendoza Arias continúa laborando, pues así lo refirió en su interrogatorio de parte e incluso lo reafirmó en la audiencia de sustentación de alegaciones de cierre. Sin embargo, la aplicación del contenido de lo pactado debe interpretarse de la manera más favorable al consumidor, según lo determina el artículo 34 de la ley 1480 de 2011, que establece que “*Las condiciones generales de los contratos serán interpretadas de la manera más favorable al consumidor. En caso de duda, prevalecerán las cláusulas más favorables al consumidor sobre aquellas que no lo sean*”.

Aspecto sobre el cual la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil, Exp. 68001-34-03-001-1998-0226-01, en Sentencia del 28 de junio del 2005. Mp. Edgardo Villamil Portilla indicó que “los precedentes de la Corte inspirados en la equidad, la jurisprudencia y la doctrina, han afirmado que si bien estos contratos “deben ser interpretados a favor de la parte que ha dado su consentimiento por adhesión ... este criterio interpretativo no puede entrañar un principio absoluto: es correcto que se acoja cuando se trata de interpretar cláusulas que por su ambigüedad u oscuridad son susceptibles de significados diversos o sentidos antagónicos”.

Bajo este entendido, releído el contenido del amparo materia de debate, se advierte que está conformado en los primeros dos párrafos para efectos de delimitar su ocurrencia, así:

El primero de ellos, define la incapacidad total y permanente como ***“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”,*** mientras que en el segundo concreta la ocurrencia de la incapacidad total y permanente, cuando señala de forma específica que ***“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”.***

De donde surge que existe una ambigüedad en la definición del amparo, pues de un lado, para su configuración se habla de una imposibilidad de realizar cualquier tipo de actividad u ocupación y, por otro, se especifica que se entenderá como incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado dentro de los límites establecidos en las condiciones que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, divergencia que debe ser interpretada a favor del consumidor financiero y más cuando nos encontramos frente a un contrato de adhesión, siendo por esta razón que para la configuración del siniestro resulta suficiente como lo exige el precitado segundo párrafo tener una calificación de pérdida de capacidad laboral igual o superior al referido porcentaje.

Así las cosas, con la presente decisión la delegatura se aviene a esta interpretación para resolver este caso y aquellos futuros que en idénticas condiciones se presenten, atendiendo la necesaria aplicación de la previsión legal en cita.

Sentado lo anterior, se tiene que, el demandante a la hora de soportar su solicitud de reclamación de la póliza que es materia de este proceso aportó el Acta de la Junta Medica Laboral No. 214907 del 26 de agosto 2022, mediante la cual se le estableció una pérdida de capacidad laboral del 61.70%.

Adicionalmente, cumple anotar que acorde al artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, se define incapacidad permanente parcial como ***“la disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%) de la capacidad laboral u ocupacional de una persona, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad de cualquier origen”***, por manera que más allá de que se acuda a la rotulación dada a la calificación para desconocer su efecto, es lo cierto que el porcentaje obtenido se ajusta a las condiciones de la póliza y está acorde con la definición en cita, razones que conllevan a declarar infundada la excepción denominada ***“FALTA DE COBERTURA MATERIAL”***.

Definido lo anterior, entra la Delegatura a analizar las causales excluyentes de responsabilidad alegadas por la pasiva, relacionadas con la reticencia en la información otorgada por parte del señor MENDOZA ARIAS respecto a su estado de salud al momento de suscribir la póliza objeto de litigio, debiéndose así abordar lo establecido por el legislador en el artículo 1058 del Código de Comercio, fundamento de la excepción denominada como ***“NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD”***

A este respecto, sabido es 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 la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores que funge como garantía adicional del crédito terminado en el No ** 2776, se aportó al presente trámite la respectiva declaración de asegurabilidad cuyo propósito era el establecer el estado del riesgo, en especial el de salud, conforme se evidencia del mismo texto, a través de un cuestionario de salud propiciado por la compañía de seguros hoy demandada, formulado al asegurado a través de la entidad tomadora (BANCO BBVA), el cual aparece firmado por el mismo y no fue tachado de falso. En ese sentido, la Delegatura se estará a su contenido.

En dicho documento se le indagó entre otras cosas, lo siguiente

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

| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) | | | | SI | No | | |
|---|------|-----|------|----|----|--|---|
| Estatura | 1.66 | cms | Peso | 66 | Kg | | |
| ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía? | | | | | | | X |
| ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? | | | | | | | X |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? | | | | | | | X |
| ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? | | | | | | | X |
| ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? | | | | | | | X |
| Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia: | | | | | | | |

Interrogantes, que como se aprecia de la citada documental, se contestaron negativamente y frente a los cuales tampoco se hizo precisión de alguna de patología que estuviera relacionada con las enlistadas por la aseguradora demandada como fundamento de la negativa al reconocimiento reclamado por el accionante.

Al respecto, se debe tener en cuenta que en el testimonio efectuado a la señora Lizeth Kamila Ortiz Lavao asesora de BBVA Colombia S.A. quien fue la encargada del proceso de comercialización y colocación de la póliza vida grupo deudores a la que ingresó al señor **MENDOZA ARIAS**, indicó que diligenció la solicitud del seguro por solicitud del cliente con su autorización y que leyó cada una de las preguntas indicadas en la declaración de asegurabilidad y la llenó conforme con las respuestas efectuadas por el asegurado, que para este caso afirmó que no padecía ninguna enfermedad.

Así mismo indicó que “se le explico que era necesario que contestara con la verdad porque si sabía de alguna enfermedad y después fuera a reclamar la aseguradora no le iban aceptar este reclamo” y que no se le entregó copia de la solicitud del seguro al cliente.

Ahora bien, atendiendo a que, en el caso en estudio, la reticencia o inexactitud soporte de la objeción deviene de las condiciones de salud no declaradas por el asegurado, se procede a verificar la existencia de la información presuntamente omitida y el conocimiento que tuviera el candidato a asegurado sobre estas.

En tal sentido, consultado el dictamen proferido por la Junta Médica Laboral Militar del 26 de agosto de 2022, en el cual se le dictaminó al señor **MENDOZA ARIAS** una pérdida de capacidad laboral del 61.70%. allegado por la aseguradora demandada en el derivado 010 y 022, emerge del mismo que tenía antecedentes de desprendimiento de retina, fractura de clavícula derecha en 2013, leishmaniasis en 2010 con lesión en cara y extremidades, desde el 15 de junio de 2022, antecedente de disminución leve de sensibilidad promedio y escotomas en área superior que persisten en gráfica de desviación de patrón que

sugiere defecto focal superior, padecimientos verificables igualmente en la historia clínica allegada con la contestación de la demanda (der. 010) y en el dictamen pericial obrante a derivado 022.

Por lo anterior, en lo que tiene que ver con los antecedentes médicos arriba expuestos, téngase en cuenta que en las preguntas descritas en la declaración de asegurabilidad como: *¿Ha sido sometido alguna intervención quirúrgica?; ¿Sufre o a ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?* no se hizo precisión a qué se refería el cuestionario; es decir, que no se puede predicar una reticencia del consumidor cuando no se le indica y explica qué abarca esa preguntas, qué tipo de análisis adicionales a los mencionados cobija la misma, circunstancia que tiene que ir de la mano con lo que establece en el numeral 1º el artículo 37 de la ley 1480 de 2011, como es, haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales.

Agréguese que en ninguna de las preguntas formuladas en la declaración de asegurabilidad que se contestaron negativamente se hizo precisión alguna de patología que estuviera relacionada con la que ahora se dice es soporte de la objeción, por lo que tampoco se puede predicar reticencia respecto de un riesgo que no se consideraba relevante al momento de la vinculación, no le fue indagado específicamente en el cuestionario de asegurabilidad: desprendimiento de retina, fractura de clavícula derecha en 2013, Leishmaniasis en 2010 con lesión en cara y extremidades, desde el 15 de junio de 2022, antecedente de disminución leve de sensibilidad promedio y escotomas en área superior que persisten en gráfica de desviación de patrón que sugiere defecto focal superior.

Y en este punto, conviene recordar que el artículo 1058 del Código de Comercio consagra la SANCIÓN POR INEXACTITUD O RETICENCIA, estableciendo 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.”* Condición última que no es del caso entrar a analizar, pues no se advierte la configuración de una reticencia en la información.

En este orden, la Delegatura declarará infundada la excepción denominada por la aseguradora como *“NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD”* y también las rotuladas 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”* e *“INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE AUTOCUIDADO COMO CONSUMIDOR FINANCIERO”*, por cuanto, como se vio no está acreditada la reticencia.

Por lo anterior, se accederá a las pretensiones de la demanda, consecuencia de lo cual la aseguradora demandada deberá cancelar el monto equivalente al siniestro reclamado, que según es el valor del saldo desembolsado (conforme el certificado allegado por la misma aseguradora demandada en su contestación), por lo que para la póliza que garantizaba el crédito terminado en el No. ****2776**, se tiene es de \$105.000.000.

Además, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en acatamiento a lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio y con fundamento en las facultades extrapetita otorgadas por el numeral 9º del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, deberá pagar los intereses de mora, 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 tenemos que el señor **MENDOZA ARIAS**, elevó petición a BBVA COLOMBIA S.A. con el fin de hacer efectivo el contrato de seguro vida grupo que funge como garantía adicional del crédito

terminado en el número 2776, la cual fue contestada el 14 de diciembre de 2022, por lo que los intereses empezaron a correr desde dicha fecha.

Finalmente, en lo relacionado con la excepción denominada por la aseguradora demandada como “NO EXCEDER EL MAXIMO VALOR ASEGURADO Y/O EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACION”, está llamada a prosperar, en tanto que el pago, según lo pactado en el contrato de seguro y lo allegado a la actuación, corresponde al valor desembolsado.

Resuelto lo atinente a la responsabilidad por parte de la aseguradora demandada, procede la Delegatura a centrar su análisis en la de BBVA COLOMBIA S.A. Sobre este punto, ha de tenerse en cuenta que son elementos axiológicos de la responsabilidad civil contractual (i) El incumplimiento del contrato (ii) el daño, (iii) la relación de causalidad entre uno y otro y (iv) el título de imputación, aspectos o requisitos que deben elementos cuya acreditación será analizada.

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 probado algún daño imputable a la entidad financiera, puesto que éste ya fue debidamente imputado a la aseguradora hoy demandada.

Por ende, 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 de oficio la excepción de AUSENCIA DE ACREDITACION DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL, lo que conlleva a negar las pretensiones de la demanda contra el banco demandado, relevándose el Despacho de analizar otros medios exceptivos propuestos a la luz de lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso.

Finalmente, esta Delegatura no condenará en costas a la parte vencida por no aparecer causadas (num. 8º del art. 365 del C.G.P).

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

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO FUNDADAS y/o PROBADAS las excepciones denominadas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. como “*FALTA DE COBERTURA MATERIAL*”, “*NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD*”, “*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”, “*INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE AUTOCUIDADO COMO CONSUMIDOR FINANCIERO*”, por las razones expuestas.

SEGUNDO: 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.

TERCERO: DECLARAR de oficio la excepción titulada como AUSENCIA DE ACREDITACION DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL, por lo que se niegan las pretensiones de la demanda frente al Banco BBVA S.A., de conformidad con lo expuesto en esta decisión

CUARTO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** por el incumplimiento del contrato de seguro de vida deudor que fungen como garantía del crédito terminado en el número 2776, al negar el reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente.

QUINTO: 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 a favor del crédito terminado en el número **2776**, el valor de \$105,000,000 con destino al crédito de titularidad del señor MENDOZA ARIAS, junto con los intereses de mora que establece en el artículo 1080 del Código de Comercio calculados desde el 14 de diciembre de 2022, hasta la fecha efectiva de pago. Si existiese algún remanente, estos se pagarán en favor de la demandante.

SEXTO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

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: Sin condena en costas.

En firme esta decisión archívese la actuación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

80010-COORDINADOR DEL GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES UNO

Copia a:

Elaboró:

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

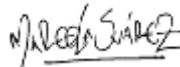
Revisó y aprobó:

EDUARD JAVIER MORA TELLEZ

Superintendencia Financiera de Colombia
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
Notificación por Estado

La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado

Hoy 16 de febrero de 2024



MARCELA SUÁREZ TORRES
Secretario